

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

POLYPE FIBRO-MUQUEUX DES ARRIÈRE-NARINES.
— MORCELLEMENT DE LA TUMEUR. — EXTIRPA-
TION SANS OPÉRATION PRÉLIMINAIRE. — EXAMEN
HISTOLOGIQUE. — RÉFLEXIONS.

Par **Henri CHATELLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris,
aide-préparateur d'histologie à la Faculté de Paris.

Le jeune X..., âgé de 18 ans et demi, se présente avec
tous les signes d'une obstruction nasale.

L'examen fait découvrir des polypes.

Les tumeurs occupent exclusivement la fosse nasale droite ;
leur nombre et leur volume sont tels qu'on en voit faire saillie
à l'orifice antérieur de la narine. Par la rhinoscopie posté-
rieure, on voit le pharynx nasal entièrement comblé par un
polype d'une coloration blanc mat remarquable et comparable
à celle d'un tendon ; sa surface est tomenteuse et recou-
verte, dans tout le champ visuel, de petites saillies arrondies
mamelonnées, également blanchâtres. Évidemment ce polype,
le plus postérieur de tous, se distingue des polypes hyalins
antérieurs par son volume et surtout par son aspect.

Dès le premier examen, étant donnés ces caractères objec-
tifs et la nature des polypes antérieurs, nous pensons que ce
polype postérieur est de nature mixte, c'est-à-dire *fibro-
muqueuse*.

La fosse nasale gauche paraît, à la vue, absolument libre,
cependant elle n'est pas perméable à l'air.

Immédiatement nous commençons l'extirpation des tumeurs
au moyen du serre-nœud de Wilde sans que l'opération, re-
prise en plusieurs séances, présente rien à noter.

Enfin, nous arrivons au dernier polype, à celui qui fait
saillie dans le pharynx nasal.

La fosse nasale, actuellement débarrassée de toutes les

tumeurs qui l'obstruaient, est parfaitement explorable, car la cloison ne présente aucune déviation et on peut apercevoir par la rhinoscopie antérieure la face antérieure de ce dernier polype. Mais celui-ci est tellement volumineux que l'anse du serre-nœud ne peut passer entre lui et la cloison; après plusieurs tentatives infructueuses, nous décidons d'amputer par la narine opposée (gauche) la portion de polype qui dépasse de ce côté la ligne médiane et par conséquent la cloison. La tumeur, en effet, est presque entièrement située dans le rétro-pharynx quoiqu'elle ait pris naissance dans la fosse nasale droite; mais elle s'en est progressivement énucléée pour occuper une cavité plus spacieuse à mesure que son volume augmentait.

L'instrument est donc introduit par la narine gauche et, du premier coup, saisit une partie du polype. La résistance est telle que nous devons employer les deux mains et toutes nos forces pour obtenir la section. Un second fragment est réséqué de la même façon et avec la même peine. Pas d'hémorragie. Chaque fragment a environ 1 centimètre $1/2$ ou 2 centimètres de diamètre.

Ainsi diminuée de volume, la tumeur se déplace un peu et seulement alors nous pouvons introduire, par la narine droite, l'anse du serre-nœud qui la saisit facilement et glisse jusqu'au pédicule. Celui-ci présente une grande résistance à la section. Enfin, la tumeur est détachée; mais, ne pouvant la faire sortir par la fosse nasale, nous la poussons en arrière et le malade la chasse par une énergique expuition. Pas d'hémorragie.

Par la rhinoscopie postérieure, on voit aisément le point où s'implantait le pédicule. Ce point occupe la partie la plus élevée de la fosse nasale, entre le cornet supérieur et la voûte, à 1 centimètre environ en avant du contour postérieur de la narine.

La tumeur, quoiqu'elle ait été diminuée par deux fragmentations successives, a encore 4 centimètres de longueur sur 3 d'épaisseur. Elle est résistante à la pression et crie sous le couteau qui l'incise. Mais il existe une notable différence de consistance entre les couches superficielles qui sont dures et la partie centrale qui est molle et comme diffluente.

Aussitôt détachée, la pièce est mise dans la liqueur de Muller.

Pour l'étude histologique, de petits cubes sont coupés perpendiculairement à la surface, de telle sorte qu'ils renferment en même temps les couches superficielles et les parties centrales. Durcissement dans l'alcool au tiers, la gomme et l'alcool. Les coupes sont faites perpendiculairement à la surface, puis mises à dégommer pendant 24 heures dans l'eau distillée.

Après l'essai de plusieurs matières colorantes (hématoxyline, réactif de Renaut, carmin aluné), nous nous sommes arrêté à la technique suivante qui nous a semblé donner les meilleurs résultats et mettre en relief d'une façon toute particulière les divers éléments constituant le tissu que nous avions à examiner.

Pendant 24 heures, les coupes ont été maintenues dans une solution de carmin au 1/100 additionnée de glycérine neutre dans la proportion de une partie de glycérine pour deux de solution carminée. Puis les coupes ainsi colorées ont été montées dans la glycérine formique à 1/100.

A un faible grossissement (ocul. 2, obj. 5. Hartnack), on remarque que le bord de la préparation correspondant à la surface de la tumeur est tapissé par une couche partout continue d'un bel épithélium cylindrique à cils vibratiles, au-dessous duquel se trouve le tissu propre de la tumeur. Ce tissu n'est pas partout homogène et on reconnaît au premier coup d'œil, sur les préparations favorables, que les parties superficielles diffèrent très notablement des parties profondes. D'ailleurs, en examinant les coupes à l'œil nu, on se rend bien compte de cette disposition à la coloration différente que présentent la couche superficielle et les parties profondes. Celles-ci, en effet, sont d'un rose pâle, tandis que la première, d'un rouge assez foncé, a une épaisseur qui varie de 2 millimètres $\frac{1}{2}$ à 3 millimètres. Sous le microscope, cette couche superficielle, qui a fixé plus énergiquement la matière colorante, apparaît formée de faisceaux distincts et entrecroisés, dont la longueur semble plus ou moins étendue suivant que la coupe a été plus ou moins pa-

rallèle à leur direction. Ils ont une très jolie coloration rose et présentent les ondulations caractéristiques des faisceaux de fibres du tissu conjonctif. Au milieu de ce tissu conjonctif on aperçoit de nombreux globules sanguins extravasés, évidemment sous l'influence de la constriction du serre-nœud au moment de l'opération; on voit aussi d'assez nombreux corpuscules fusiformes du tissu conjonctif dont le protoplasma tranche nettement, par sa forte coloration jaune, au milieu des faisceaux colorés en rose vif. Très peu d'éléments embryonnaires. Dans cette couche on aperçoit aussi quelques vaisseaux sanguins, mais peu nombreux; leur calibre est assez volumineux et leur périphérie entourée d'une zone fibreuse dense et épaisse.

La partie centrale de la tumeur est fermée par du tissu muqueux type. On y reconnaît aisément les corpuscules étoilés peu nombreux et séparés les uns des autres par de larges espaces remplis de mucine coagulée et se présentant sous l'aspect d'un réseau de fibrilles sinueuses.

Mais entre cette partie centrale, *muqueuse*, et la coque périphérique, *fibreuse*, il n'existe pas de limite bien nette et bien tranchée; au contraire, la transition se fait peu à peu et en examinant les préparations des parties qui correspondent au centre de la tumeur vers celles qui forment pour ainsi dire son enveloppe *extérieure*, on observe la métamorphose progressive du tissu.

Celle-ci apparaît surtout à un fort grossissement (ocul. 2, obj. 8, Hartnack, tube tiré). — Dans la zone intermédiaire chaque corpuscule du tissu conjonctif est entouré d'un faisceau de fibres onduleuses du même tissu; puis, un peu plus loin, de chaque côté, se trouve un réseau de filaments irréguliers. Ces filaments se distinguent très nettement des fibres conjonctives onduleuses par les caractères suivants: ils ne sont point groupées en un faisceau; ils ne présentent pas d'ondulations régulières; ils ne fixent pas la matière colorante; avec un objectif à grand angle d'ouverture, on reconnaît qu'ils sont formées de granulations réunies en série linéaire. Enfin, si on traite une préparation par l'eau, on voit

ces fibrilles disparaître et se transformer en une couche hyaline, uniforme.

A mesure qu'on se rapproche de la couche enveloppante, on voit les caractères fibreux s'accuser davantage par la multiplication des trousseaux de fibres conjonctives et par la diminution parallèle de la substance fondamentale muqueuse. Il est encore un autre caractère qu'il est important de noter. Dans les parties centrales, beaucoup de cellules étoilées sont infiltrées de mucine, dans la zone intermédiaire, on en trouve encore, mais en bien moins grand nombre avec cette altération; enfin, dans la couche fibreuse, on n'en trouve plus aucune; les corpuscules s'atrophient pour ainsi dire, leurs contours sont nets et leur protoplasma peu abondant entoure un noyau de volume variable, mais généralement petit; les éléments cellulaires sont devenus très grêles, comme dans le tissu conjonctif arrivé complètement à l'état adulte.

En résumé, la tumeur dont nous venons de donner la structure renferme des parties fibreuses, des parties fibro-muqueuses et enfin des parties muqueuses systématiquement distribuées. C'est donc à un FIBRO-MYXOME que nous avons affaire.

L'histoire des fibro-myxomes des fosses nasales est de date relativement récente, car nous en trouvons la première observation en 1869 dans les « Bulletins de la Société de chirurgie. »

Cette première observation appartient à Legouest; alors président de cette Société.

Plus tard, en 1873 et 1874, de nouveaux faits se produisent et soulèvent de nouvelles discussions.

Deux faits se dégagent de l'étude de ces documents :

1° On reconnaît que certaines tumeurs des arrièrè-narines prises jusqu'alors pour des polypes fibreux dits naso-pharyngiens sont de nature fibro-muqueuse.

2° Ces tumeurs fibro-muqueuses n'atteignent jamais le volume des polypes fibreux, et par conséquent ne réclament pas des interventions chirurgicales aussi étendues.

A cette époque en effet les travaux de Nélaton et de ses

élèves et les travaux de Gosselin attiraient sur les polypes fibreux naso-pharyngiens l'attention de tous les chirurgiens et la résection du maxillaire supérieur devenait une opération courante.

Les faits nouveaux qui venaient de se produire amenèrent une réaction et l'on s'aperçut que certaines tumeurs naso-pharyngiennes d'apparence fibreuse pouvaient être extirpées sans d'aussi vastes délabrements. Une voie nouvelle s'ouvrait, c'était celle des opérations dites palliatives.

Aussi dans presque toutes les opérations rapportées dans les « Bulletins de la Société de chirurgie », trouvons-nous mentionnée comme opération préliminaire la division du voile palatin sur la ligne médiane. C'était déjà un progrès; mais en lisant attentivement les observations on est immédiatement convaincu que cette opération préliminaire eût pu elle-même être souvent évitée.

Legouest en 1869 et Trélat en 1874 avaient opéré sans mutilation. Dans le cas de Trélat, la tumeur, il est vrai, était peu volumineuse puisqu'on a pu l'extraire en la faisant passer par la narine.

Quand elle a un volume plus considérable, on peut avoir recours à la segmentation comme dans l'observation que nous rapportons, d'autant plus que les fibro-myxomes sont peu vasculaires et qu'il n'y a point à craindre l'hémorragie si redoutable quand on entame la surface d'un polype fibreux naso-pharyngien.

Quant à la nature même de ces tumeurs, peu d'observateurs en rendent un compte exact et on trouve simplement cette mention que le contour est d'apparence fibreuse tandis que le centre est diffus et gélatineux ou inversement.

Cornil cependant a publié un examen histologique dans lequel la *couche superficielle renferme des éléments jeunes en si grand nombre que la trame du tissu disparaît au milieu d'eux.*

Si on se demande comment ces tumeurs se sont formées, plusieurs hypothèses se présentent :

1° *Fibro-myxome d'emblée.* — On peut supposer que la tumeur a pris dès le début le double caractère du fibrome et

du myxome, les deux tissus se développant parallèlement et donnant au néoplasme le caractère de fibro-myxome d'emblée sans qu'il ait aucune tendance à se modifier pour amener la prédominance de l'un des tissus aux dépens de l'autre.

Cette supposition fort séduisante par sa simplicité ne me semble pas probable car le tissu fibreux adulte ne se trouve jamais réuni au tissu muqueux, si ce n'est dans la couche cellulaire sous-cutanée de l'embryon où il est en voie d'évolution fibreuse.

2° *Myxome enflammé*. — Il s'est fait un polype muqueux ordinaire, mais des inflammations excessives ont amené la formation de zones fibreuses par suite de l'évolution dans ce sens des cellules embryonnaires résultant du processus inflammatoire. C'est là une supposition qui me semble sans fondement car, si l'examen histologique de Cornil mentionne une inflammation intense, dans le nôtre on ne trouve rien de pareil. L'inflammation peut donc être considérée comme un fait accidentel.

De plus comment se fait-il que jamais les polypes hyalins des narines antérieures ne présentent cette lésion et qu'elle se rencontre exclusivement dans ceux des arrière-narines. Les premiers sont cependant au moins aussi exposés que les autres à l'inflammation.

3° *Myxome en évolution fibreuse*. — La conception que l'on se fait aujourd'hui du tissu muqueux permet cette hypothèse car nous savons que le tissu muqueux, celui que l'on rencontre sous la peau de l'embryon par exemple, n'est qu'un tissu de transition et que son terme ultime est le tissu conjonctif adulte.

Cependant on doit encore observer ici que les polypes des arrière-narines sont les seuls qui présentent cette nature mixte; pourquoi ceux qui prennent naissance sur le cornet ou dans le méat moyen, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, ne la présentent-ils jamais?

Il importe aussi d'observer que, par leur nature et leur marche habituelle, les myxomes n'ont aucune tendance à évoluer vers une organisation supérieure: au contraire ils nous apparaissent comme les produits d'organismes en déchéance

et d'une vitalité inférieure, souvent même il se fait dans leur masse des foyers de ramollissement et de liquéfaction aboutissant à la formation de cavités kystiques. D'autres fois ils subissent la dégénérescence graisseuse.

Ces processus diffèrent donc essentiellement de celui qui aboutit à la production du tissu fibreux adulte analogue à celui que l'on observe dans les polypes fibro-muqueux qui nous occupent.

4° Nous arrivons enfin à une dernière hypothèse qui nous semble la plus probable et que nous pouvons définir : *myxome se développant dans l'épaisseur d'un tissu fibreux préexistant* ou en d'autres termes formation d'un myxome dans l'épaisseur d'une couche fibreuse épaisse. Cette manière de voir a le double avantage de cadrer avec l'observation clinique et les données anatomiques.

En effet chez les malades qui présentent des polypes fibro-muqueux on constate souvent (Bulletins de la Société de chirurgie, 1873, p. 376 et suiv.) dans les cavités nasales des polypes franchement muqueux qui ont mis les observateurs sur la voie d'un diagnostic exact. L'observation personnelle que nous apportons n'en est-elle pas un exemple?

D'un autre côté M. le professeur Panas a démontré, il y a déjà longtemps (1858), que, un centimètre environ en avant de l'orifice postérieur des fosses nasales la muqueuse de Schneider devient épaisse et très dense; au niveau des parois externes, supérieures et inférieures de l'orifice, et sur les parties correspondantes de la cloison on observe un véritable *stratum fibreux*.

Nous pensons donc que les différences de structure des productions myxomateuses des fosses nasales proviennent non de la nature différente du processus morbide, mais simplement de la nature différente du tissu dans lequel les néoplasmes ont pris naissance.

L'étude minutieuse de la tumeur qui fait l'objet de cette note est d'ailleurs fort instructive à ce sujet. Au centre le tissu muqueux et à la périphérie le tissu fibreux existent sans mélange; mais la dégénérescence myxomateuse s'étend

autour de la partie muqueuse centrale en s'atténuant progressivement.

La mucine s'est répandue dans les couches qui entourent cette partie muqueuse en s'infiltrant entre les éléments de la couche fibreuse qu'elle a pour ainsi dire dissociée. Elle a agi à la façon d'une injection interstitielle poussée lentement. A mesure qu'on se rapproche de la surface les faisceaux de fibres onduleuses du tissu conjonctif deviennent plus denses, les corpuscules plus rapprochés. — Au contraire plus on va vers les parties centrales plus les fibres conjonctives sont rares et pour ainsi dire dissociées, plus aussi augmentent le volume des corpuscules du tissu conjonctif et le nombre de ceux qui sont infiltrés de mucine. En même temps encore les espaces qui séparent les trousseaux de fibres ondulées deviennent larges; or comme ces espaces sont remplis de mucine on suit progressivement la transformation en tissu muqueux.

Nous pouvons conclure en disant : 1° Chez les malades présentant des polypes muqueux hyalins dans les cavités nasales et un polype fibro-muqueux dans les arrière-narines les différentes tumeurs sont le produit d'un processus pathologique unique.

2° La présence ou l'absence de l'élément fibreux dans ces tumeurs provient uniquement du tissu dans lequel elles ont pris naissance.

3° Ces tumeurs peuvent être enlevées par les voies naturelles sans opération préliminaire.

II

PLAIE DES DEUX OREILLES PAR BALLE DE REVOLVER. — EXTRACTION DES PROJECTILES. — TROUBLES OCULAIRES ET INTELLECTUELS CONSÉCUTIFS.

Par M. **ROLLIN**, interne des hôpitaux.

(Service du Dr **Terrier**, hôpital Bichat.)

Le 2 avril 1886 entre à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, le nommé Barraix (Julien), âgé de 27 ans, chef d'équipe.

Cet homme vient d'accomplir une tentative de suicide en se tirant un coup de revolver dans chaque oreille.

Les circonstances de l'accident sont très obscures, si bien qu'il est fort difficile de savoir ce qui s'est passé. Rien dans l'état mental du malade n'avait laissé prévoir, les jours précédents, un semblable événement. On apprend cependant quelque temps après l'entrée du malade à l'hôpital, qu'il avait été, à deux reprises, interné dans un asile d'aliénés (1875-1876) — et qu'un de ses oncles était fou.

Pas d'alcoolisme.

Au moment de son entrée, on constate un écoulement de sang assez abondant par les deux oreilles. Le malade est dans un état demi-comateux.

L'interne de garde, sans faire aucune exploration, se contente d'occlure les deux conduits auditifs avec des tampons de gaze iodoformée.

Le lendemain la température est à 39°, mais en huit jours elle retombe à 37° et le malade sort peu à peu de son engourdissement. On interroge alors avec soin l'état de l'audition : la surdité est complète, absolue ; la voix, même très élevée, n'attire nullement l'attention du malade, le bruit de la montre n'est perçu ni d'un côté ni de l'autre, en quelque point qu'on le place (au contact du pavillon de l'oreille, entre les dents, sur le temporal, etc.).

Privé ainsi de ce moyen de communication avec le monde extérieur, le malade reste sombre, hébété, comprenant cependant quoique avec quelque peine, ce qu'on lui exprime par écrit ou par gestes.

Bientôt on constate avec la plus grande netteté un symptôme, qui s'affirme de plus en plus les jours suivants : c'est une paralysie faciale gauche — totale — y compris l'orbiculaire des paupières, relevant évidemment de la lésion du facial à l'intérieur du rocher ; la joue est flasque, l'œil reste entr'ouvert pendant le sommeil, et la mastication difficile.

Au commencement de mai, un abcès vient saillir au-dessus du masseter du côté droit, en avant du conduit auditif.

L'incision donne issue à une grande quantité de pus épais, rougeâtre.

L'évacuation du pus produit un soulagement marqué, que le malade, interrogé par écrit, indique nettement.

Quelques jours après, l'abcès est guéri et le stylet introduit dans le conduit auditif atteint un corps métallique à une profondeur de 2 centimètres et demi.

A la fin du mois de mai, six semaines après le traumatisme, l'état du malade est un peu meilleur : la surdité est toujours absolue et des troubles trophiques commencent à apparaître du côté de la paralysie ; l'œil est rouge, injecté et douloureux ; mais l'intelligence est moins obscurcie ; le malade, qui se lève, cause volontiers avec ses voisins et aide même au service avec complaisance.

Cette accalmie fut de courte durée ; le 12 juin, le malade reçoit fort mal sa femme, à laquelle il témoignait auparavant quelque plaisir de la voir. A partir de ce jour il présente une agitation excessive et incessante, sautant à bas de son lit, poussant des cris violents toute la nuit, bousculant tout ce qui lui tombe sous la main...., etc., etc. Cependant dès qu'on s'approche de lui, il se calme, vous regarde, puis est pris d'un fou rire, qui rend son facies des plus comiques en raison de sa paralysie faciale !

Loin de s'apaiser, cette agitation tendant de plus en plus à augmenter, M. Terrier se décide à intervenir.

L'opération a lieu le 20 juin. Incision suivant le sillon auriculaire postérieur. Le pavillon est ainsi décollé et rabattu en avant avec une grande facilité. Le conduit auditif est débarrassé, râclé avec la gouge et non sans quelque difficulté. M. Terrier extrait la balle très irrégulièrement déformée. Sutures au crin de Florence. Drainage du conduit auditif. Pansement iodoformé et phéniqué.

Les suites opératoires furent des plus simples ; la guérison fut obtenue en quelques jours. Cependant l'état du malade, loin de s'améliorer, s'affaiblissait visiblement, l'amaigrissement était extrême, la cornée de l'œil gauche avait perdu sa transparence sur presque toute sa surface.

Néanmoins, le malade se relève encore, et un mois après

l'opération l'amélioration semblait devoir se maintenir, lorsque tout à coup le délire et l'agitation reparurent.

Le 29 juillet, M. Terrier se décide à tenter l'extraction de la seconde balle, malgré les difficultés prévues de l'opération ; la balle se trouve en effet à une *profondeur de 5 centimètres*. Décollement du pavillon de l'oreille, incision du conduit auditif, qui est élargi avec la gouge et le maillet, de façon à permettre la manœuvre des instruments, que gêne beaucoup un suintement sanguin abondant.

Enfin la pince ramène quelques fragments de plomb et la surface de la balle, entamée par la gouge, apparaît brillante au fond du conduit auditif. On parvient enfin à l'extraire avec une pince à forcipressure. Quelques petites esquilles sont ensuite extraites ; mais à ce moment un flot de sang rouge remplit le conduit auditif et déborde au dehors. Sans aucun doute la carotide interne blessée, est la source de cette hémorrhagie considérable. Avant d'en arriver à la ligature de la carotide primitive, M. Terrier fait un solide tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Profitant de l'anesthésie chloroformique, on ferme l'œil gauche par trois points de suture dans le but de retarder les lésions trophiques de la cornée.

Cette fois encore on n'eut à noter aucune complication dans les suites de l'opération. La température s'éleva deux fois le soir à 39°, mais retomba bientôt au-dessous de 38° ; l'hémorrhagie ne se reproduisit pas et la cicatrisation de la plaie fut assez rapide.

De plus une amélioration évidente se produisit dans l'état du malade ; l'agitation cessa complètement. Le malade écrit toute la journée des phrases incohérentes, et fait des additions *qui sont exactes* ! Bien plus, son intelligence semble moins obscurcie ; il semble reconnaître ceux qui l'entourent, demande à boire, et témoigne d'une façon très expressive son mécontentement lorsqu'on veut lui toucher l'œil, qui est très douloureux, et de plus en plus malade ; les sutures ont coupé les tissus et la cornée se perfora dans le courant de septembre....

Quelque temps après, un nouvel accès de délire ayant né-

cessité l'emploi de la camisole, on dirige le malade sur Sainte-Anne.

L'œil gauche s'est vidé; du côté de l'oreille gauche, un léger écoulement de pus persiste et le stylet pénétrant à 1 centimètres de profondeur tombe sur des os et des bourgeons charnus....

L'oreille droite est tout à fait guérie. Quand à la surdité, elle est aussi absolue que le premier jour.

Société française d'Otologie et de Laryngologie

(Session ordinaire.)

Séance du 27 octobre 1886,

Sous la présidence de M. le Dr MÉNIÈRE

Six communications seulement ont été faites à la Société.

1^o Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par M. le Dr MOURE, de Bordeaux.

M. Moure préconise l'emploi des solutions de cocaïne en badigeonnages sur les muqueuses nasale et pharyngienne. Ces muqueuses ordinairement épaissies, quand il y a obstruction tubaire, se contractent sous l'influence du médicament et diminuent d'épaisseur. La muqueuse tubaire subit la même rétraction et, par conséquent, la lumière du conduit se trouve par le fait même augmentée. D'un autre côté, l'anesthésie cocaïque facilite l'introduction du cathéter.

2^o Rôle physiologique du muscle arythénoïdien, par M. le Dr MOURA, de Paris.

Après étude des articulations crico-arythénoïdiennes, M. Moura affirme que les cartilages arythénoïdes ne peuvent se rapprocher par glissement, la forme et la direction des surfaces articulaires s'y opposant formellement.

Sur la face interne des arythénoïdes existe parfois une gouttière qui, réunie à sa congénère du côté opposé, forme un hiatus qu'il n'est pas rare d'observer au moment de l'intonation dans la glotte intercartilagineuse.

Un autre fait intéressant est encore signalé par M. Moura;

c'est l'obliquité des lèvres de la glotte de haut en bas et d'avant en arrière.

Le muscle arythénoïdien présente deux portions : l'une transverse produit, en se contractant, l'abduction des cordes vocales ; l'autre oblique, formée de deux faisceaux, porte en arrière le sommet des cartilages arythénoïdes et rapproche l'un de l'autre ces sommets seulement.

En résumé, le muscle arythénoïdien n'est pas un *adducteur* des cordes vocales, mais bien un *abducteur* (dilatateur).

Après sa communication, M. Moura s'efforce de montrer sur lui-même l'action qu'il vient de décrire.

Les conclusions de M. Moura ne laissent pas que d'étonner quelque peu l'assemblée.

M. GOUGUENHEIM fait observer que la communication de M. Moura présente deux parties bien distinctes :

La première, toute d'observation exacte, fait allusion à des faits très vrais et très intéressants.

La seconde, qui a trait à la physiologie, n'a pas entraîné la même conviction, d'autant qu'elle est en absolue contradiction avec toutes les données acquises par des physiologistes éminents, données qui sont admises jusqu'ici sans conteste. De nouvelles preuves sont peut-être nécessaires pour étayer l'opinion de M. Moure.

3^e Observations d'otites moyennes causées par le tamponnement des fosses nasales, par le Dr GELLÉ, de Paris.

Dans la première, il s'agit d'un homme de 53 ans pris d'une épistaxis d'une telle abondance que l'on dut faire le tamponnement antérieur et postérieur. Quarante-huit heures après, on enlève les tampons. Lavage des narines avec une solution phéniquée. Cependant, on voit se déclarer deux otites moyennes suppurées.

M. GELLÉ pense que le tampon a agi d'une façon fâcheuse pour l'oreille en emmagasinant dans le nez des liquides putrides.

M. MIOT pense que l'injection phéniquée a pu être la cause directe des otites.

M. GELLÉ émet des doutes sur ce mécanisme.

M. BOUCHERON pense qu'il y a grand intérêt à assurer l'antisepsie en enfermant de la poudre d'iodoforme dans le tampon. La cause de la suppuration est obscure, le tampon ayant fort bien pu, en comprimant les orifices tubaires, s'opposer à l'entrée du sang dans les trompes.

M. MIOT. Il est fort important de savoir si le tampon n'a pas

retenu dans la trompe les mucosités. Celles-ci, se décomposant, ont pu être la cause de la suppuration.

M. GELLÉ communique encore à la Société une observation d'épistaxis avec otites bilatérales hémorragiques, suppuration de l'oreille droite et pneumonie.

4^e Anomalie d'insertion thyroïdienne de la corde vocale droite par M. MOURA.

5^e Développement anormal du pavillon de l'oreille chez un adulte, par le Dr MÉNIÈRE.

Chez le malade dont il s'agit, les pavillons prirent un développement énorme sans qu'on ait pu lui assigner aucune cause. La nature même de l'affection n'a pas été déterminée, car la peau ne présentait aucun caractère objectif anormal. Du côté du cartilage, on ne trouvait rien non plus, si ce n'est son accroissement de volume.

M. GELLÉ rapporte une observation dans laquelle le pavillon de l'oreille prit aussi des dimensions anormales, mais les sillons et les saillies avaient disparu et l'organe avait pris l'aspect d'une plaque uniforme épaisse. Il s'agissait dans ce cas d'un syphilome du pavillon. Le traitement spécifique, par son efficacité, vint d'ailleurs confirmer le diagnostic.

6^e Polype fibro-muqueux des arrière-narines, etc., par Henri CHATELLIER.

(Publié *in extenso* dans le présent numéro des *Annales*.)

Avant de se séparer plusieurs membres de la Société proposent la fondation d'un institut français d'otologie et de laryngologie. Une commission de trois membres est nommée pour étudier cette question.

M. le Dr GOUGUENHEIM est nommé président de la prochaine session.



SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

Compte rendu des discussions de la section de laryngologie et rhinologie de la 59^{me} réunion des naturalistes et médecins allemands, Berlin, par le Dr W. LUBLINSKI, de Berlin.

Les discussions de cette année de la section de laryngologie etc. ont été très intéressantes. La plupart des laryngologistes connus, non seulement de l'Allemagne, mais aussi d'autres pays y étaient présents. Leur nombre montait à 90.

Les séances furent ouvertes par une démonstration très intéressante du professeur EKNER, de Vienne, sur le nerf moyen du larynx au lapin. — M. SEMON, de Londres, donna lecture ensuite de son discours : *Paralysie des dilatateurs et nullement contracture des adducteurs*. — M. Semon communique les résultats des nouvelles observations et expériences, faites par lui et le professeur Victor HORSLEY, concernant la physiologie des nerfs du larynx, et la contracture *post mortem* des muscles de cet organe ; il parle de la position dite cadavérique des cordes vocales en critiquant cette dénomination. Puis il s'élève contre la valeur des expériences sur les animaux pour éclairer ces questions.

Faut-il expliquer la position phonatoire des cordes qu'on observe à la suite de lésions organiques des nerfs moteurs du larynx comme paralysie primitive du muscle crico-arythénoïdien postérieur, suivie plus tard d'une contracture des antagonistes, ou faut-il la considérer comme une contracture primitive névropathique de tous les muscles du larynx, qui sont innervés par le nerf récurrent ?

Sans nier que quelquefois, mais rarement, la position phonatoire névropathique doit être expliquée par le spasme du muscle dilatateur, M. Semon maintient pour la majorité des cas, énergiquement, l'opinion généralement acceptée comme paralysie nerveuse primitive du muscle crico-arythénoïdien postérieur ; s'appuyant sur ses expériences, ses observations cliniques et sur l'analogie, avec les accidents identiques observés dans le

domaine de la pathologie nerveuse, il critique le résultat des recherches de MM. Hooper, Donaldson et Krause.

Dans la discussion qui suit, M. KRAUSE, de Berlin, soutient ardemment sa théorie; mais aussi, d'autre part, surtout de la part des névrologistes, la théorie du spasme, plaidée par M. Krause, est attaquée.

M. STORCK, de Vienne, parle du traitement de l'empyème de l'antre maxillaire par les voies naturelles, et l'injection consécutive dans les fosses nasales de liquides astringents.

M. DE SCHROTTER, de Vienne, rapporte un cas très intéressant et très grave de diphthérie, observé chez son chef de clinique, M. Karis. Ce dernier s'était infecté à la suite d'une trachéotomie chez un diphthéritique. Deux jours après, M. Karis fut pris d'une fièvre violente accompagnée de rhume; des taches hémorrhagiques couvrirent le corps; taches qui dégénérèrent en ulcérations putrides. Le palais, les lèvres et le larynx furent couverts de plaques qui devinrent rapidement sanieuses. Des difficultés extrêmes et bientôt même l'impossibilité de la déglutition se manifestèrent. Pendant trois semaines, les aliments durent être injectés par des sondes. Schrotter appliqua de l'huile de térébenthine, de l'eau de chaux et donna de la quinine. Pendant la convalescence, il y eut un gonflement de la région arythénoïdienne, accompagné d'accès de suffocation. Des ulcérations apparurent à cette région. Après la guérison, le convalescent partit pour le Midi.

Il se remit assez vite, mais les attaques de suffocation augmentèrent et contraignirent M. Karis à retourner à Vienne. M. de Schrotter constata alors une adhérence des cordes vocales, qu'il fallait opérer au moyen du bistouri. La guérison devint complète après l'introduction de sondes de caoutchouc que fit pratiquer M. de Schrotter.

M. STRUBING, de Greifswald, parle d'une forme rarement observée de l'œdème du larynx, accompagnée d'œdème de la muqueuse pharyngienne et du tégument externe. Il considère cet œdème comme expression d'une *angio-névrose*. Chez quelques malades, l'orateur observa des attaques violentes de vomissements analogues aux crises gastriques des tabétiques; il croit qu'il s'agissait là peut-être d'une névrose des nerfs dilateurs.

M. REICHERT, de Rostock, recommande le traitement local des affections chroniques de la trachée et des bronches par des

instillations de liquides médicamenteux d'huile d'eucalyptus et d'huile de menthe poivrée.

Dans la discussion, la valeur de la méthode de M. Reichert est généralement contestée, parce que les liquides injectés ne pénètrent pas assez loin dans les voies aériennes et surtout n'atteignent pas suffisamment les places malades.

M. HERING, de Varsovie, parle de la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx. Il affirme, se basant sur ses propres observations, que la guérison des ulcérations tuberculeuses du larynx, bien qu'elle n'ait lieu qu'exceptionnellement, n'en est pas moins incontestable. Se rapportant au fait de la curabilité du processus tuberculeux dans les poumons et dans les intestins, l'orateur cite un grand nombre d'observateurs connus, qui ont constaté la guérison de ces ulcérations sans avoir pu entamer le scepticisme des médecins à ce sujet. M. Hering est persuadé que la théorie de la curabilité des tubercules du larynx, ainsi que celle de la phthisie des poumons, s'éclairciront peu à peu, et qu'elles seront confirmées par de nouvelles études. Maurice Schmidt, Krause, Jellinek ont lutté courageusement contre l'indifférence médicale dans le traitement de la phthisie laryngienne, et leurs successeurs remplaceront le traitement anodin employé jusqu'ici par des méthodes plus énergiques et plus actives. L'orateur affirme qu'il a vu des guérisons des ulcérations tuberculeuses du larynx sans aucune application locale, et que ces guérisons sont justement celles qui se sont montrées les plus durables. Pour ne pas être accusé d'exagération, il ajoute que, malgré la guérison complète des ulcérations du larynx, l'amélioration importante de l'état général et des poumons, tous ces symptômes ne doivent pas être considérés comme guérison définitive de la phthisie du larynx et des poumons, mais toutefois cette dernière possibilité ne peut non plus être mise en doute. Des 11 malades que M. Hering a observés depuis 1875-76, il faut exclure 3 cas qui ne sont pas parfaitement certains. Les ulcérations se trouvaient sur les vraies et sur les fausses cordes vocales, sur la région arythénoïdienne et sur l'épiglotte, et les lésions pulmonaires témoignaient de la nature tuberculeuse des affections du larynx. La guérison persistait chez 3 malades qui sont morts cependant neuf ans, deux ans, un an après; chez 5 malades qui vivent encore; de six mois à trois ans, cette guérison se maintint.

M. Maurice SCHMIDT, de Francfort, lit un mémoire sur la tra-

chéotomie dans la phthisie laryngée. M. Schmidt a fait pratiquer 8 fois la trachéotomie dans la phthisie du larynx, pour cause de dyspnée, pendant les dernières 5 années. Elle n'a pas eu seulement pour résultat d'empêcher l'asphyxie, mais elle contribua aussi à diminuer l'irritation et la sténose du larynx. Les indications de la trachéotomie sont les suivantes :

Il faut faire la trachéotomie sans hésitation :

1° En cas de sténose ;

2° Il faut la pratiquer bien que les poumons ne soient affectés que légèrement ;

3° On doit y recourir quand le processus de sténose est très rapide, avant que la dyspnée ne s'établisse ;

4° Même observation en cas de dysphagie, avant que le symptôme ne devienne intolérable.

M. KRAUSE lit un mémoire sur la thérapeutique de la phthisie laryngée ; il revient sur ses communications antérieures et ajoute de nouvelles observations sur l'effet de l'acide lactique. Encouragé par ces succès, il abandonne la restriction faite par lui autrefois que les ulcères de la région aryénoïdienne résistaient à l'influence de l'acide lactique. M. Krause est convaincu que, sauf les cas de cachexie excessive, aucune ulcération tuberculeuse ne résiste à la cautérisation par l'acide lactique.

M. HERING lit un mémoire sur le traitement chirurgical de la phthisie laryngée. Encouragé par la pratique de Krause et de Jellinek, qui ont recommandé l'acide lactique en 1885 contre les ulcérations tuberculeuses du larynx, l'orateur a continué ses expériences depuis une année et a publié les résultats de 22 observations en deux tableaux (1). Il confirme en tout point les indications de Krause, quoiqu'il ne considère pas l'acide lactique comme une panacée contre les ulcérations tuberculeuses ; il ajoute que l'acide lactique doit être appliqué seulement dans certaines formes ; l'application doit être très exacte, et il faut absolument un bon état général du malade pour que le moyen réussisse. L'orateur, rappelant qu'il a déjà vu auparavant des guérisons des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'acide chromique et étant convaincu que les guérisons ne se produisent qu'exceptionnellement à la suite de l'emploi d'autres médicaments, indique les avantages de cette méthode et les confirme par la citation de ces 22 cas. M. Hering apprécie beaucoup la cocaïne dans le traitement des ulcérations ; il en recommande l'injection 0,02-0,03

(1) *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1886.

dans le tissu sous-muqueux de la région aryénoïdienne, application qui offre quelques avantages, comme, par exemple, le bon marché actuel de la substance, la disparition de la douleur chez les phthisiques et l'anesthésie produite par le médicament. Les injections se font à l'aide d'une seringue particulière, construite *ad hoc*, que montre l'auteur. Si la guérison des ulcérations ne se produit pas après ce traitement, on doit racler les bords et le fond avec une curette, puis les frictionner avec de l'acide lactique au moyen d'un pinceau de ouate construit dans ce but. Le gonflement est-il fort ? on doit exécuter auparavant de nombreuses incisions profondes, puis cocaïniser les parties ulcéreuses et alors les frictionner avec de l'acide lactique. Chez un malade, M. Hering dut extirper l'aryénoïde à l'aide des incisions pour amener la guérison. Les résultats furent :

1° Chez huit malades ; guérison complète du larynx ; guérison des ulcérations tuberculeuses des amygdales, de la langue, et de la muqueuse nasale :

2° Chez quatre malades, guérison partielle.

L'orateur montre le larynx d'un malade, traité, il y a 3 mois, avec la curette et avec l'acide lactique. On constate la présence des cicatrices et l'absence de toute ulcération.

M. DE SCHRÖTTER est de l'avis de M. Hering ; on constate en effet plus de guérisons des ulcérations laryngiennes depuis l'application de l'acide lactique.

M. SCHNITZLER, de Vienne, ne partage pas l'enthousiasme pour l'acide lactique. Il est persuadé qu'on a obtenu des guérisons avec chaque méthode. Il a vu les mêmes succès avec l'iodoforme que l'on attribue maintenant à l'acide lactique.

M. DE SCHRÖTTER n'a pas aussi bien réussi avec l'acide lactique que Krause, Jellinek, Hering ; quelques ulcérations guérissent ; mais les effets secondaires du remède sont très désagréables.

M. ROSENBERG, de Berlin, a vu de grands succès avec le menthol.

Il injecte quelques gouttes d'une solution de 20 0/0 une ou deux fois par jour sur les ulcérations. Peu à peu il diminue les injections. La thérapeutique exerce un bon effet sur l'état général. Les ulcérations s'améliorent, se couvrent de granulations de bon aspect et se cicatrisent. Le menthol a un effet anémiant semblable à celui de la cocaïne et de plus un effet analgésique et surtout antiparhésthétique.

M. BETZ, de Mayence, a fait deux fois la trachéotomie chez des

femmes enceintes tuberculeuses. L'une des malades guérit, l'autre mourut quelques semaines après.

M. B. FRÄNKEL, de Berlin, pense que la trachéotomie doit être repoussée, s'il n'y a pas de sténose.

M. DE SCHRÖTTER n'admet la trachéotomie qu'en cas de sténose prononcée.

M. ROSENFELD, de Stuttgart, lit un mémoire sur les abcès de la trachée.

Le 1^{er} février, une dame se présenta à M. R..., elle souffrait depuis 24 heures d'un léger enrouement. Deux jours plus tard, des traces de sang se montraient dans les crachats; quinze jours après, une hémoptysie survenait; les bacilles de Koch ne purent pas être constatés. L'hémoptysie se produisit avec plus d'abondance, le 1^{er} mars. Quelques caillots avaient une longueur de 15 centimètres, et ressemblaient à des sangsues, ou à des moules de bronches. L'examen laryngoscopique faisait voir sur le huitième et dixième anneau de la trachée deux ulcérations, dont les bords étaient teints de sang.

Le second cas était semblable : M. R... croit que les deux abcès n'étaient que des kystes athéromateux.

M. BAYER, de Bruxelles, lit un mémoire sur la transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes. Tandis que la possibilité d'une telle transformation paraissait certaine aux anciens médecins, Billroth la niait. La plupart des auteurs partageaient son avis. Le premier auteur qui publia un cas incontestable fut Michel en 1856. Hofmann, Schmiegelow et Schäffer, en firent connaître d'autres ultérieurement. M. Bayer a aussi observé deux cas, dont l'un a présenté certainement cette transformation de polype muqueux en tumeur maligne, tandis que l'autre était douteux.

M. LUBLINSKI, de Berlin, lit un mémoire sur la laryngite sèche.

Il existe en clinique une forme de laryngite chronique, en tout conforme à l'angine atrophique, dont elle n'est, du reste, qu'un degré plus avancé. Les symptômes caractéristiques de cette affection ne sont plus, comme dans la laryngite chronique simple, une sensation d'ardeur à la gorge, un enrouement habituel suivi parfois d'extinction complète de la voix; la voix est au contraire à peu près uniformément enrouée et elle peut devenir presque entièrement claire, si le malade parvient à débarrasser sa gorge de l'obstacle qui l'empêche de parler. On constate

dans la laryngite sèche des amas de mucosités desséchées, donnant aux parties un aspect vernissé. Lorsque ces amas ont été enlevés, les cordes vocales peuvent être blanches; rarement elles sont un peu rosées.

La laryngite sèche est toujours accompagnée de la même affection sur le pharynx, et bien souvent les concrétions muqueuses se retrouvent dans le pharynx nasal et dans les fosses nasales. Le traitement de l'affection doit consister en applications locales, faites non seulement sur la muqueuse du larynx, mais aussi sur celle du pharynx, des arrières-fosses nasales et même du nez. Des solutions au chlorure de zinc, 2-30/0, ont donné d'excellents résultats dans le larynx; contre l'affection pharyngienne, on emploie des solutions iodo-iodurées. Le traitement interne à l'aide de l'iodure de potassium et du fer sera avantageux aussi.

M. STORCK, de Vienne, croit cette maladie incurable, si elle est ancienne, et l'on voit rarement le commencement du mal.

M. Maurice SCHMIDT a observé cette maladie surtout chez des femmes de ménage et chez des cuisinières qui travaillent constamment près du fourneau.

M. BAYER recommande le traitement interne, à l'aide d'arsenic et d'apomorphine.

M. MORELLI, de Budapesth, a observé une maladie pareille chez des hommes, après la syphilis.

M. GOTTSTEIN, de Breslau, pense qu'il s'agit là d'une forme de la laryngite sèche indépendante de l'angine atrophique.

M. HEYMANN, de Berlin, montre un trachéocèle chez un enfant de 4 ans.

M. SCHADEWALDT, de Berlin, lit un mémoire sur la localisation de la sensibilité dans les organes trachéaliens.

M. SCHWABACH, de Berlin, a examiné la question de l'existence de la bourse pharyngienne, d'après les vues de Tornwald et de Luschka; par l'étude d'une grande série de préparations, il a été amené à cette conclusion, que, comme règle, une bourse pharyngienne n'existe pas, mais un sillon seulement.

Après que M. TORNWALD, de Dantzig, eut parlé sur le catarrhe des arrières-fosses nasales, en rapport avec l'affection de la soi-disant bourse pharyngienne, M. SCHNITZLER communique deux cas intéressants de syphilis compliquée de tuberculose et engage les membres à ne pas compter trop sur la valeur de l'examen laryngoscopique pour le diagnostic.

À la clôture de la séance, M. COEN, de Vienne, lit un mémoire sur un nouveau traitement du bégaiement, basé sur l'observation de malades qui ne bégayaient pas s'ils chuchotent.

Société américaine d'otologie.

19^e session ouverte le mardi 20 juillet 1886 à Pequot house,
New-London, Connecticut.

Le Dr SAMUEL SEXTON lit une note sur *l'inflammation purulente aiguë et chronique de l'oreille moyenne* et propose comme moyen de traitement, quand la portion qu'il appelle *attique* est malade, l'extirpation du marteau.

Les Drs AGNEW et KNAPP préférèrent à cette opération la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Ulcération peu ou pas douloureuse de la membrane tympanique, de nature probablement tuberculeuse, par A.-H. BUCK.

L'affection commence par de la rougeur et l'infiltration de la partie supérieure et postérieure de la membrane tympanique de la partie voisine de la peau du conduit auditif; au bout d'un temps variable de plusieurs jours à quelques semaines, tout le quadrant postérieur est envahi et bombé comme s'il y avait là une collection demi-fluide. Enfin la perforation se fait sans douleur.

Il convient de remarquer la tendance qu'a la lésion à se localiser dans le quadrant postéro-inférieur de la membrane, l'absence complète ou presque complète de la douleur, et enfin l'intolérance des malades pour toute médication locale, quelque bénigne qu'elle soit.

Les docteurs GRUENING et AGNEW ont vu des ulcérations semblables qu'ils considèrent aussi comme de nature tuberculeuse.

Le docteur ANDREWS dit n'avoir jamais trouvé le bacille tuberculeux dans le liquide des otorrhées chez les tuberculeux.

Le docteur BUCK n'a jamais recherché le bacille tuberculeux, mais il n'est pas nécessaire de le trouver pour dire qu'une ulcération soit de nature tuberculeuse.

Le docteur ORNE GREEN fait observer que les processus ulcéreux s'établissant sans douleurs et sans écoulement doivent faire soupçonner la diathèse tuberculeuse.

Sur quelques points du manuel opératoire de la perforation de l'apophyse mastoïde et des soins consécutifs à cette opération, par A.-H. BUCK.

Dans cette communication très intéressante par l'esprit judicieux et critique qui a présidé à sa rédaction, le docteur Buck discute l'opinion de Schwartze au sujet du manuel opératoire que l'on doit adopter pour l'ouverture de l'apophyse mastoïde. On sait que Schwartze est l'homme le plus compétent d'Europe en ce qui concerne cette opération spéciale; qu'il s'est livré à son sujet à de nombreuses recherches; qu'il en a réglé le manuel opératoire et qu'il emploie le ciseau et le marteau. D'un autre côté, le docteur Buck est un des auristes les plus considérés du Nouveau-Monde et à New-York, où il exerce, ses avis sont des plus recherchés.

Le docteur BUCK préconise, dans la majorité des cas, mais non dans tous, la perforation avec le FORET.

On a élevé contre cet instrument plusieurs objections.

Quand les couches profondes de l'apophyse mastoïde sont ramollies, l'instrument peut s'égarer. C'est là justement un cas dans lequel il est préférable d'employer le ciseau et la gouge, car l'ouverture au foret ne remplirait pas les indications.

On a aussi reproché à ce dernier instrument de ne donner que des perforations trop étroites; c'est là une objection peu importante, car on peut donner au foret tel diamètre qui semblera convenable.

SCHWARTZE dit aussi que l'érysipèle est plus à redouter quand on perfore l'apophyse avec le foret que quand on emploie le ciseau. D'après la statistique du docteur Buck, ce serait le contraire qui aurait lieu.

Enfin, on redoute, avec le foret, que l'instrument, en faisant une brusque échappée, ne pénètre jusque dans le sinus latéral. On n'aura pas à craindre cet accident si on a soin de le guider avec l'index, et d'ailleurs, quand on opère prudemment, on sent, à la résistance vaincue, que l'on a pénétré dans la cavité.

Venant à comparer les deux méthodes, le docteur Buck déclare tout d'abord qu'il n'a nullement l'intention de faire le procès à la méthode de Schwartze, cet auteur ayant obtenu, par ce procédé, un nombre considérable de guérisons; mais, de là à dire qu'on ne doit pas opérer autrement, il y a loin.

L'ouverture au ciseau présente même certains inconvénients.

Le plus minime est de nécessiter une plus large incision des parties molles. Mais, en outre, et cela est plus sérieux, elle entraîne à faire subir aux couches superficielles de l'os une perte de substance beaucoup plus étendue, qui porte souvent même sur des parties saines. Par suite, la cicatrisation est retardée et il reste toujours derrière l'oreille une cicatrice déprimée.

Suit un double tableau des opérations de Schwartze et du docteur Buck :

SCHWARTZE a sur 100 malades : 74 guérisons, 6 cas non guéris et 20 morts.

Le docteur BUCK a sur 24 opérations : 17 guérisons, 3 cas non guéris et 4 morts (soit à peine 17 0/0).

Quand on opère avec le perforateur, il faut le conduire jusque dans l'antre mastoïdien et il importe que le diamètre de l'orifice profond soit au moins de 4 millimètres.

Pour le traitement après l'opération, Schwartze recommande d'introduire un tube à drainage dans la perforation et de le replacer à chaque pansement. Quand l'orifice devient trop petit, il le remplace par une lame de plomb, qu'il laisse jusqu'à ce que la suppuration soit devenue insignifiante. Il n'y a aucun inconvénient sérieux à en prolonger l'usage.

Le docteur BUCK enlève avec la gouge un petit fragment osseux, de manière à former comme une gouttière à la surface de l'os. L'écoulement des liquides est ainsi plus facile. Cette gouttière sert de conducteur pour introduire le bout de la seringue quand on fait les lavages. L'auteur fait des lavages avec une solution de sublimé au 1/000, 2/000, 3/000, surtout pendant les premières quarante-huit heures. Plus tard, l'infection purulente est moins à craindre.

En terminant, le docteur BUCK rapporte ses 24 observations

Le docteur GREEN se sert presque exclusivement du foret ; quelquefois il emploie le tour de White (dental engine).

Le docteur KNAPP trouve que l'emploi du ciseau est préférable.

Le docteur NOYES pense qu'il est moins dangereux d'employer le ciseau que le perforateur, car on peut ainsi se rendre compte de l'état des différentes couches que l'on traverse.

Le docteur ANDREWS s'est toujours servi du ciseau et croit qu'il faut toujours faire une large ouverture.

Le docteur GREENING a ouvert 77 fois l'apophyse mastoïde ; au début, il s'est servi du perforateur et toujours avec succès. Cependant cet instrument ne convient pas à tous les cas.

Le docteur BUCK : D'après la tournure qu'a prise la discussion, on pourrait supposer que je suis l'adversaire du ciseau. Il n'en est rien, car cet instrument doit être employé quand on doit enlever une large surface osseuse. Il n'a pas parlé de ces cas dans sa communication.

Sclérose de l'apophyse mastoïde. Ouverture au ciseau. Mort,
par KNAPP.

Il s'agit d'un malade de 50 ans, affecté dans sa jeunesse d'une double otite suppurée. La surdité était presque totale et les membranes détruites. La cavité de la caisse est tapissée par une muqueuse adhérente et cutanisée. Survinrent une paralysie faciale, puis plus tard une céphalalgie intense avec nausées.

L'apophyse fut attaquée avec le ciseau. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, le malade fut assoupi ; pendant le troisième jour, on ne put le faire sortir de sa torpeur, et enfin le cinquième jour il mourait dans le coma.

Quand la mastoïdite scléreuse est consécutive à une inflammation catarrhale ou *plastique*, l'opération donne de bons résultats ; mais le pronostic de cette dernière est fort grave quand la sclérose est la conséquence de caries ou de nécroses anciennes.

Abscès de l'apophyse mastoïde. Élévation thermique comme indication formelle de l'opération, par O.-D. POMEROY.

Chez le malade dont il s'agit, il n'y avait aucune trace d'empiètement de la région mastoïdienne, mais la température était de 103°6 (FARENHEIT). On perfora l'apophyse avec un foret et il s'écoula cinq à six gouttes de pus. La température tomba et le malade guérit.

Inflammation chronique de l'altique du tympan. Perforation de la membrane de Shrapnell. Traitement au bioxyde d'hydrogène. Guérison ; par CHARLES-H. BURNETT.

Dans trois cas, l'auteur a employé le bioxyde d'hydrogène. Les bons effets se sont surtout montrés dans le premier. Il l'emploie en lavages jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

S'il y a perforation de la membrane de Shrapnell, on doit se servir de la seringue intra-tympanique introduite dans la perforation.

Le bioxyde doit être employé pur.

Les champs auditifs de chaque oreille empiètent l'un sur l'autre comme les champs visuels dans la vision binoculaire, par le docteur WILLIAM F. LITTLE.

La partie commune des champs auditifs occupe un angle de 10° de chaque côté du plan médian antéro-postérieur du corps.

H. C.

PRESSE FRANÇAISE.

Disposition et connexions du réseau lymphatique dans les amygdales, par E. RETTERER (*Société de biologie*, séance du 23 janvier 1886, 8^e série, t. III, p. 27).

Les recherches de l'auteur ont porté sur les amygdales du chien, qui fut sacrifié par strangulation pour maintenir gonflé le système sanguin, puis on pratiqua dans l'amygdale une injection interstitielle de gélatine et de nitrate d'argent (1 pour 300). La lame médiane de tissu conjonctif d'où partent les cloisons est remplie de troncs lymphatiques d'aspect variqueux, d'où partent des branches parallèles plus étroites, et sans inégalités comme le tronc principal; ces branches envoient dans les follicules des ramuscules qui se bifurquent rapidement et forment dans les follicules de véritables mailles; les parois des vaisseaux sont délimitées par une couche d'épithélium plat dont les bords sinueux se juxtaposent. L'auteur n'a pu constater l'existence de stomates résultant de l'écartement des cellules.

Le réseau lymphatique occupe donc toute la masse folliculaire des amygdales et constitue un système de canaux parfaitement clos, ne s'ouvrant dans le réticulum conjonctif ni par des stomates, ni par des extrémités béantes. A. G.

Sur la fonction des canaux demi-circulaires de l'oreille interne, par YVES DELAGE (*Académie des sciences*, 1886).

Les canaux demi-circulaires et probablement l'utricle ont une fonction principale différente de l'audition; le fait a été reconnu par Flourens, Goltz, Brener, Mach, Cyon, etc.

Mais cette fonction a été diversement interprétée. C'est ce que l'auteur cherche à établir dans ce travail, qui en raison de ce que l'ouïe n'est pas intéressée dans les expériences, n'intéresserait que peu les lecteurs de ce recueil. A. G.

La fonction de la glande thyroïdienne, par VICTOR HORSLEY
(*Société de biologie*, 1^{er} janvier 1886, séance du 26 décembre 1886).

Quand on détruit la glande thyroïde chez des singes, on voit la mucine s'accumuler dans le tissu conjonctif, on en trouve la preuve dans l'analyse chimique et clinique des tissus. Le gonflement des tissus est élastique et ne ressemble pas à l'œdème produit par l'accumulation de liquide.

La fonction hémopoïétique est troublée, l'animal devient très anémique, les globules rouges diminuent et les leucocytes augmentent. La rate s'hypertrophie, les glandes mucipares sécrètent si abondamment que les selles sont souvent constituées par de la mucine presque pure.

Les symptômes consécutifs à la perte de fonction double de la glande thyroïde peuvent se diviser en trois périodes : 1^o la période névrosique caractérisée par un tremblement rythmique, suivi d'hémiplégie progressive : l'état mental s'altère, l'animal devient idiot ; 2^o la période mucineuse pendant laquelle survient le myxœdème : l'animal ressemble au crétin, la température s'abaisse, et la vie ne peut se maintenir pendant un peu de temps que si le milieu est suffisamment chauffé ; 3^o la période atrophique : l'aspect de l'animal est celui d'une vieillesse prématurée. A. R.

Contribution à l'étude du nerf auditif, par FERRÉ (*Bulletin de la Société zoologique de Bordeaux*, t. X, 1885).

Cette étude est la suite de divers travaux sur l'oreille interne, l'auteur y étudie la terminaison du nerf auditif et la manière dont ces filets pénètrent les organes sensitifs. C'est un sujet très ardu, très contesté, et Ferré l'a étudié avec une grande habileté ; il admet à la fin de ses descriptions que quelques-uns des organes qu'il a étudiés jouent le rôle de modérateurs, certains filets conduisant la perception ner-

veuse, d'autres filets présidant à la réglementation; ce serait une couche ganglionnaire nerveuse qui jouerait, après avoir reçu les perceptions vibratoires, le rôle d'acommodateurs du son. L'auteur a étudié minutieusement les ganglions placés sur les divisions de l'auditif, ganglions de Scarpa, de Botticher et de Rosenthal, ganglions qui sont traversés par les fibres nerveuses avant de se rendre aux terminaisons. Il étudie ensuite les terminaisons de ces nerfs et explique certaines actions physiologiques par la disposition histologique; ces terminaisons, taches acoustiques, crête auditive et organe de Corti, présentent deux groupes de cellules, ciliées et fusiformes; les dernières viendraient se terminer dans ces organes spéciaux que Ferré suppose être des régulateurs, otolithes pour les taches, cupule pour les crêtes, et membrane de Corti pour l'organe de Corti; ces organes en même temps qu'ils reçoivent les prolongements des cellules fusiformes recouvrent les cils des premières cellules, c'est le cil qui perçoit la vibration, la transmet aux ganglions, d'où répercussion sur les cellules fusiformes. Ces cellules jouent le rôle de modérateurs, d'acommodateurs du son. L'auteur, à l'appui de sa théorie, a étudié les caractères microscopiques de ces cellules destinées à la réglementation — Travail intéressant pour les otologistes, les histologistes et les physiologistes.

A. G.

Exostose de l'apophyse mastoïde, par R. FLORENCY (*Paris médical*, 3 avril 1886, n° 14).

Femme de 25 ans, s'est aperçue, il y a 3 ans, de l'existence d'une tumeur parallèle au pavillon de l'oreille et s'étendant jusqu'à l'apophyse mastoïde; cette tumeur, cause de douleurs névralgiques continues, résiste à tout traitement intérieur. Elle fut extirpée à l'aide de la gouge et du maillet. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; le tissu était compact et exsangue. La guérison fut rapide.

A. G.

Malformation de l'oreille, par ROLLAND (*Soc. anat. de Paris*, 15 oct. 1886).

Cette malformation se présentait chez un enfant atteint de

bec de lièvre génien double, plus marqué du côté droit ; l'oreille moyenne et interne sont atrophiées, le conduit auditif est reporté en avant, mais la conque est normale. La branche droite du maxillaire offre en même temps un développement incomplet, elle ne s'articule pas avec l'apophyse zygomatique, mais se termine en pointe et s'attache à cette apophyse par des ligaments.

A. G.

De l'otite moyenne par suite d'introduction de liquide dans la caisse pendant une irrigation nasale, par PERCEPIED (*Société de médecine de Rouen*, 15 mars 1886, in *Revue des Sociétés médicales du Journal de médecine de Paris*, 3 juin 1886, p. 244).

L'auteur cite plusieurs complications de cette nature, observées dans la cure du Mont-Dore ; la guérison de ces faits a été assez rapide et les troubles de l'ouïe n'ont pas persisté. Il attribue l'apparition des accidents à des mouvements intempestifs dans le cours de l'irrigation et à l'emploi de cette thérapeutique dans les cas d'obstruction d'une fosse nasale ; il recommande de faire l'irrigation par le côté le moins ouvert en raison de la difficulté que le liquide injecté aurait à s'écouler par la narine rétrécie. Le siphon lui paraît préférable aux seringues, dont la pression est plus violente et moins uniforme.

A. G.

De l'otite hémorragique au cours du mal de Bright, par DEWÈVRE (*Lyon médical*, 3 octobre 1886, n° 40).

Le malade qui fait l'objet de ce travail eut aussi de l'hémiplégie, qui précéda les accidents auriculaires ; des douleurs d'oreille très intenses accompagnèrent cet accident ; le liquide d'abord rouge devint séro-sanguin, puis purulent ; la muqueuse tympanique était très congestionnée, la région mastoïdienne rouge, oedématisée, mais non douloureuse, le malade guérit, mais l'ouïe resta dure. En même temps que l'otorrhagie, le malade eut de l'épistaxis.

L'auteur attire à juste titre l'attention sur cet accident, rarement observé dans la maladie de Bright ; observé par Rayer, Lecorché et Fournier, très succinctement ; plus

complètement par Rosenstein, il fut observé très fréquemment par Dieulafoy (*Thèse de Pissot*, 1878); Trauttmann, en 1879, fit une étude comparative de l'otorrhagie de l'endocardite ulcéreuse et de la maladie de Bright; Auvert, 1879, observa un cas très intéressant (*Thèse de Paris*, 1877). De même Alibert, dans sa *Thèse* de 1880, observa quatre cas assez bénins; de même Domergue (*Thèse de Paris*); enfin Burnett fit, dans le *Médical News*, une étude assez complète de cette complication.

A. G.

Laryngite aiguë suppurée; trachéotomie; mort, par A. FLORAND (*Soc. clinique de Paris, France médicale*, 2 février 1885, p. 145).

A la suite de fatigue excessive et de refroidissement, un artiste dramatique est atteint de douleur violente de la gorge avec dyspnée croissante, aphonie, et un point de côté assez fort. La trachéotomie est pratiquée d'urgence en raison d'un état asphyxique continu. La dyspnée persiste toujours malgré le soulagement apporté par l'opération; 24 heures après, le malade succombe; autopsie — infiltration purulente de toute la muqueuse du larynx, surtout au niveau des replis aryténo-épiglottiques, des cordes vocales supérieures et inférieures, cette infiltration ne dépasse pas le larynx. A la surface de la muqueuse, dépouillée de son épithélium, le professeur Cornil reconnaît l'existence de nombreuses bactéries et plus profondément des microbes plus petits, inclus dans les cellules lymphatiques, en forme de *fer de lance*, réunis deux par deux ou trois par trois; ces éléments ressemblaient à ceux de la pneumonie. La plèvre droite est pleine de pus.

A. G.

De la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par le Dr RICHELLOT, (*Société de chirurgie*, séance du 24 mars, 1886; *Union médicale*, 30 mars 1886, p. 523).

Le travail de M. Richelot est basé sur 5 observations personnelles. L'auteur préfère toujours cette opération à la trachéotomie, en raison de sa facilité et de l'absence de toute complication présente et ultérieure à l'opération. Il considère l'emploi du thermocautère comme inutile. La

canule que l'on emploie doit être d'un diamètre modéré, 8 à 10 millimètres pour éviter de fracturer le cartilage cricoïde.

Suit ensuite une discussion : Verneuil appuie les conclusions de Richelot, mais ne repousse pas l'emploi du thermocautère. Nicaise donne aussi la préférence à la laryngotomie sur la trachéotomie, malgré une observation défavorable, due à l'auteur de cette analyse, et à propos de laquelle Nicaise présenta ultérieurement un rapport. Dans le cas en question, le cartilage cricoïde se brisa en plusieurs fragments, la canule sortit de l'ouverture du canal respiratoire et le malade succomba. Nicaise pense qu'on peut éviter cet accident en ayant recours à des canules de petit diamètre. Marchand n'est pas aussi convaincu de la facilité reconnue de la laryngotomie dans tous les cas. Kirrison accepte volontiers cette opération, mais avec une légère modification, consistant, chez les vieillards, à une résection du cartilage cricoïde. Richelot répond qu'aucune difficulté n'est possible, si l'on n'emploie pas une canule trop volumineuse. A. G.

Les spores des bacilles de la diphtérie humaine, par BABÈS
(*Progrès médical*, 1886).

Préparations présentées à la Société anatomique, faites sur un certain nombre de bacilles et spores du pharynx, du larynx, de la conjonctivite, chez des diphtéritiques primitifs ou secondaires. Les résultats ont été identiques, qu'on cultivât la fausse membrane, le tissu profond de l'amygdale, ou les ganglions bronchiques. Le résultat était du streptococcus ou du microbe capsulé; on retrouvait aussi dans la plèvre et les poumons le même microbe.

L'auteur a suivi attentivement le développement de ses cultures et il a constaté que les grandes spores se développaient en une huitaine de jours, présentant une épaisseur double de celle des bacilles et qu'elles sont plus longues que les autres spores. Elles siègent au milieu ou à une extrémité des bâtonnets, qui sont pâlis; parfois on voit les bacilles sans limite nette, comme une petite queue à une des extrémités des grandes spores.

Souvent les spores sont libres et forment des groupes ou

des séries avec leurs bords contigus ; elles se colorent très bien en rouge par la fuchsine additionnée d'eau d'aniline, les bâtonnets se colorent ensuite en bleu par le bleu de méthylène, après action de l'acide nitrique ; toutefois cette coloration n'est pas absolument caractéristique, car l'auteur a pu colorer de même, dans de vieilles cultures de bacille de la tuberculose, des corps ovoïdes tantôt à l'extrémité des bâtonnets, tantôt libres, un peu plus épais que le bacille de la tuberculose, tandis que le reste du bacille se colorait en bleu.

L'auteur insiste sur l'importance de cette constatation des spores des bacilles de la diphthérie au point de vue de la prophylaxie et de la propagation possible de cette maladie.

De la médiastinite consécutive à la trachéotomie, par RENOY (de Saumur) (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nos 3 et 4, 1886).

L'auteur étudie dans ce mémoire une complication de la trachéotomie plus fréquente, dit-il, qu'on ne l'a supposé jusqu'ici et qui aurait pu être la cause de la terminaison fatale dans des cas rapportés par Trousseau et d'autres auteurs, où l'exploration la plus minutieuse n'avait pu permettre de déterminer la cause de la mort. Il attribue cette complication à deux causes : d'abord, l'habitude de faire la trachéotomie trop bas, ensuite les ulcérations causées par l'extrémité de la canule à la partie antérieure de la trachée. Il recommande de faire la trachéotomie très haut et de ne pas employer de canules à trop grande courbure.

Cette complication se présente sous trois aspects : elle peut être suraiguë et emporter le malade en 36 heures ; elle peut évoluer lentement, le malade alors meurt au bout de 2 à 3 semaines ayant eu une dysphagie très opiniâtre, il succombe dans l'épuisement, enfin la médiastinite peut créer des troubles respiratoires graves, tels par exemple que la perforation de la plèvre et du poumon.

A. G.

Du mutisme hystérique, par le Dr CARTAZ (*Progrès médical*, nos 7, 9 et 10, 1886.)

Dans cette étude, le Dr Cartaz a examiné le larynx qui ne

lui a jamais paru être la cause de cette affection ; il critique l'opinion de ceux qui ont pu croire que ce signe était provoqué par un trouble du laryngé supérieur. Il est certain, et le fait est bien connu, que l'aphonie de ce genre peut parfaitement coïncider avec une intégrité parfaite des mouvements des cordes vocales, c'est donc un signe d'ordre psychique. A. G.

Tuberculose pulmonaire et adénopathie trachéo-bronchique avec accès de suffocation. — Trachéotomie, par PETER (*France médicale*, 20 juillet 1886, p. 979).

Dans cette observation intéressante, les poumons étaient intéressés, le plessimètre permit de reconnaître la présence de ganglions et d'expliquer la cause des accès de suffocation. La figure du larynx, annexée à l'observation, est celle d'une paralysie des dilateurs ou d'une contracture des muscles laryngiens ; cette sténose commanda la trachéotomie ; après cette opération, des pansements laryngiens furent effectués avec l'acide lactique (15/20). L'amélioration persista, mais l'observation n'a pas été poursuivie très longtemps. A. G.

Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, etc., par J. BEZANÇON (*Soc. anatomique*, 19 mars 1886, in *Progrès médical*, 12 juin 1886).

Le malade entré à l'hôpital de la Pitié (service Lanneux) pour des accès d'étouffements liés à un emphysème pulmonaire et traité sans efficacité par le sirop de Gibert, succomba au bout de dix mois de séjour. Voici les lésions des voies aériennes que montra l'autopsie : à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation de la trachée existe un rétrécissement semi-annulaire, en forme de valvule invétérée à la partie postérieure du conduit. Le calibre de la trachée à ce niveau est considérablement réduit. Au-dessus de ce rétrécissement se voit une dépression profonde, limitée par un orifice circulaire et comme taillée à l'emporte-pièce, puis une cicatrice fibreuse étoilée. L'orifice inférieur du larynx est aussi très rétréci. La bronche qui va au lobe supérieur du poumon gauche est altérée, rétractée et rétrécie au niveau de son origine. Plus loin elle devient normale.

Les bronches intra-pulmonaires ne présentent que des traces d'hypérémie et de catarrhe chronique.

L'intérêt principal de ce fait, dit l'auteur, réside dans cette sténose trachéo-bronchique qu'aucun signe n'avait permis de reconnaître pendant la vie. Jamais on n'a constaté de cornage ; la gêne respiratoire n'était due qu'à l'insuffisance pulmonaire ; le rétrécissement trachéal était très ancien, et la guérison de la lésion s'était produite en laissant un calibre suffisant pour la respiration.

A. G.

Membrane intraglottique de la partie antérieure, division de cette membrane, par COUPARD (*Société de médecine pratique, revue des Sociétés médicales du Journal de Paris*).

Histoire d'un sujet de vingt-trois ans, ayant conservé une voix enfantine, malgré la longueur des cordes vocales. La division d'une membrane unissant les deux lèvres de la glotte dans leur tiers antérieur, suffit, dit l'auteur, pour restituer la voix normale.

A. G.

Anévrysme de la crosse de l'aorte chez un syphilitique, accès de suffocation et hémoptysies, trachéotomie, mort, autopsie, perforation de la trachée par la tumeur, par L. MONNIER (*Gaz. méd. de Paris*, n° 36, 1886).

Le malade, homme de 45 ans, eut, avant d'entrer dans le service du Dr Péan, des hémoptysies et des troubles vocaux qui furent reconnus au laryngoscope pour être causés par une paralysie unilatérale de la glotte. A son entrée, il eut des troubles respiratoires. L'examen du cœur et des vaisseaux ne permit pas de reconnaître l'existence de la tumeur vasculaire. Les troubles de la respiration devinrent si violents qu'on fut obligé de pratiquer la trachéotomie, qui ne soulagea pas le malade. La respiration s'embarrasse de plus en plus, et la mort a lieu après de nombreux rejets de matières rougeâtres, mais sans véritable hémoptysie. A l'autopsie, on constate en arrière de la trachée, à trois centimètres de l'éperon, trois ulcérations transversales, de un centimètre de longueur ; ces ulcérations apparaissent dans l'espace inter-annulaire, les anneaux sont intacts. Le larynx est presque normal, la tumeur anévrysmale siège en arrière de

l'aorte et de l'orifice des gros vaisseaux qui émergent de l'aorte; on peut avec un stylet percevoir la communication avec la trachée. Le nerf récurrent gauche adhère à la tumeur et ne peut en être isolé, il est manifestement altéré.

Une singularité de cette observation a été l'absence de soulagement après la trachéotomie, ce que l'auteur attribue à la coïncidence d'une congestion pulmonaire; nous croyons son observation très juste, et il nous est arrivé quelquefois de constater peu d'effet après l'ouverture de la trachée, indiquée par une sténose laryngienne, quand le parenchyme pulmonaire était intéressé, et il était difficile de s'assurer de cette complication pendant la vie, parce que l'auscultation pulmonaire se trouvait masquée par les bruits trachéolaryngiens.

A. G.

Extirpation du larynx, par le D^r L. LABBÉ (*2^e Congrès français de chirurgie*, 1886, séance du 22 octobre).

Le D^r L. Labbé a pratiqué 3 fois cette opération pour des motifs différents, les malades n'ont pas survécu longtemps, le premier est mort de pneumonie, au bout de 4 mois, le deuxième a succombé à une broncho-pneumonie infectieuse au bout de 15 jours; le troisième, au bout de 4 mois, a succombé à une récursive sarcomateuse dans la trachée. L'auteur est partisan de cette opération surtout dans le cas d'épithéliome et de sarcome, et pour les cas de tumeurs bénignes, la survivance est plus longue que dans les cas d'ablation de la langue. Suit ensuite l'explication du mode opératoire: on ne devra opérer qu'après l'accoutumance à la canule de Trendelenbourg, puis, après avoir pratiqué l'incision de la peau avec le bistouri, on devra accomplir le reste de l'opération lentement et avec le galvano-cautère. On devra autant que possible conserver l'épiglotte et placer pendant 15 jours une sonde à demeure dans l'œsophage. Le manuel opératoire, dit l'auteur, est fort simple et la guérison rapide.

A. G.

Le langage intérieur et les diverses formes d'aphasie, par G. BALLET (*Thèse d'agrégation de la Faculté de médecine de Paris*, concours de 1885-1886).

Pendant longtemps, l'aphasie motrice ou logoplégie a été

la forme la mieux décrite et celle qui était la plus connue ; c'était celle qui intéressait le plus les lecteurs des *Annales*, et des travaux importants de localisation centrale (et je mentionnerai, entre autres, celui du docteur Garel, de Lyon, publié dans les *Annales* de 1886) ont été publiés dans ces derniers temps. Mais ce point, très connu, quoique rajeuni par les recherches récentes, n'est pas celui qui a été traité principalement par le docteur Ballet ; l'étude de notre savant collègue est surtout une analyse brillante et minutieuse des différentes variétés d'aphasie dont le point d'origine est aussi variable que le centre de localisation cérébrale.

A. G.

Catarrhe du sinus maxillaire, limites de la curabilité ; son traitement par la trépanation, le drainage et les poudres antiseptiques, l'iodol surtout, par COMBES, de Paris (2^e Congrès français de chirurgie, 1886, séance du 23 octobre 1886).

L'auteur dénie aux injections dans les fosses nasales le pouvoir de guérir le catarrhe du sinus maxillaire ; il faut trépaner, introduire un tube à drainage métallique, laver la cavité et employer alors les poudres antiseptiques. Si cette opération suit de près le commencement de la maladie, la guérison est rapide, sinon le malade devra garder fort longtemps, sinon toujours, son tube à drainage. Dès le 2^e jour du traitement, l'odeur infecte n'est plus perçue ; le 8^e jour, le liquide injecté sort net.

A. G.

Moyen facile et rapide d'hémostase dans un cas d'épistaxis grave, par E. DE GRANDMAISON (*Union médicale*, 23 novembre 1886, p. 847).

L'auteur, dépourvu de tout appareil hémostatique dans un cas de ce genre, s'est servi d'un jouet de musique en caoutchouc très mince, et après l'avoir introduit dans les fosses nasales au moyen d'un petit morceau de bois, l'a insufflé et laissé en place pendant 24 heures. L'hémorrhagie s'est arrêtée. L'auteur a fait ici très heureusement l'application du compresseur aérien.

A. G.

Des troubles de la voix articulée (parole) dans les affections du voile du palais et de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales, par L. LICHTWITZ (*Revue mensuelle de laryngologie*, etc, 1886).

L'auteur débute par une théorie assez détaillée de cette question ; les troubles de la parole, dans ces cas, sont de deux ordres : 1° la communication est close avec le pharynx, dans les cas d'obstruction des fosses nasales en arrière par une cause quelconque. On observe alors ce qu'il appelle avec Kussmaul la *rhinolalie close*. 2° La communication est ouverte avec le pharynx au moyen de l'élévation du voile du palais ; dans tous les cas où cette membrane est perforée, on observe alors la *rhinolalie ouverte*. Suivent un certain nombre d'observations. Ces modifications offrent, dit l'auteur, à la fois un intérêt théorique et une importance pratique. Dans le premier cas, les nasales *m* et *n* seront prononcées d'une façon défectueuse et le timbre de la voix est étouffé ou sourd. Dans le deuxième cas, les consonnes explosives (*b, d, g, k*) sont défectueuses et l'émission des voyelles est accompagnée d'une résonnance exagérée. L'auteur préfère les divisions qu'il propose à l'insuffisance des termes vagues usités ordinairement, tels que nasillement et nasonnement. A. G.

De l'emploi de la cocaïne pour favoriser l'extirpation des polypes du nez et calmer la douleur de l'amygdalite aiguë suppurée, par J. BÖCKEL (*Société de médecine de Strasbourg; Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 4, 1886, p. 47).

Les solutions au 1/20^e ont suffi à l'auteur pour enlever des cornets du nez ; mais pour obtenir une anesthésie rapide, il a employé des solutions au 1/10^e sans avoir jamais eu d'intoxication. Avec des solutions faibles, au 2/100^e par exemple, il était possible d'opérer un polype du nez, mais à condition d'appliquer dans la narine un tampon d'ouate imbibée de la solution médicamenteuse pendant 20 minutes.

J. Böckel a expérimenté sur lui-même l'emploi de la cocaïne pour calmer les douleurs de l'amygdalite phlegmoneuse. Il a dû, pour arriver à ce résultat, employer des solu-

tions fortes au 1/10°. Le soulagement fut presque immédiat et l'ouverture de l'abcès plus rapide que dans les amygdalites précédentes.

L'observation d'un certain nombre de faits thérapeutiques semblables à celui de Bœckel-a permis à l'auteur de cette analyse d'observer des résultats aussi satisfaisants. A. G.

Tumeur néoplasique des fosses nasales, par KIRMISSON
(*Gaz. des hôpitaux*, 7 janvier 1886, p. 19).

Malade opéré déjà plusieurs fois avec récédive continue; à chaque opération, l'hémorrhagie était énorme. La tumeur envahissait la cavité buccale, le sinus maxillaire, et s'étendait jusque dans la fosse temporale. Le sujet était tellement exsangue qu'avant l'opération le chirurgien dut lier la carotide externe; alors, après avoir enlevé le maxillaire supérieur, il rugina la plupart des implantations pharyngiennes, mais respecta les prolongements ethmoïdiens pour éviter une complication méningitique. Le malade survécut un an à l'opération et succomba à la généralisation du néoplasme carcinomateux.

A ce propos, l'auteur entre dans quelques considérations sur le diagnostic de la nature des polypes des fosses nasales; ceux qui sont de nature myxomateuse ne s'insèrent jamais sur la cloison, mais toujours sur les cornets; la cloison serait le siège de prédilection des sarcomes.

A. G.

Des accidents causés par les calculs de l'amydale, par

TERRILLON (lu à l'Association scientifique française, 1885,
Archives générales de médecine, numéro d'août 1885).

Petit travail d'après une observation personnelle. L'auteur fait précéder la description de son cas et ses réflexions de recherches historiques très complètes. La littérature médicale, compulsée depuis le xvi^e siècle, est très pauvre en faits de ce genre. Les calculs de l'amydale sont simples ou multiples, de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Leur séjour dans l'amygdale peut être très long, quelques années. Quant aux signes provoqués, ils consistent en angines répétées avec suppuration, gonflement quelquefois assez

considérable pour amener des troubles respiratoires. L'hypertrophie amygdalienne a pu être prise pour une tumeur maligne et l'opération a même été proposée, ce qui a eu lieu dans le fait de Terrillon, de la part de chirurgiens consultés avant lui ; l'auteur aussi partagea un moment cette opinion. L'extirpation du calcul n'est pas toujours aisée quand il est volumineux, et cette opération peut être accompagnée d'une certaine hémorrhagie. Quelquefois cette élimination est spontanée à la suite d'abcès répétés. Ces calculs sont constitués par du phosphate et du carbonate de chaux et de la matière organique à la surface.

A. G.

Tuberculose de la voûte palatine, par HERMANTIER (*Thèse de doctorat*, 1886).

Cette affection a été décrite par le Dr Hermantier d'après un cas très grave, où la lésion débutant en arrière des dents s'étendit à toute la voûte, au voile du palais, aux amygdales, au larynx et aux lèvres. Le malade succomba un an et demi environ après le début des accidents. Ces ulcérations, irrégulières, à aspect polycyclique, se développent avec une certaine lenteur, la douleur n'est pas très vive, mais le passage des aliments la provoque assez aisément ; le bacille de Koch a été trouvé une fois sur trois. La voûte peut être perforée et les arcades dentaires se nécroser, entraînant la chute des dents (*Quenu*). L'auteur prétend que ces cas, toujours fort graves, sont très rebelles au traitement ; ils sont en tout cas aggravés par le traitement anti-syphilitique. Il n'a jamais constaté d'adénopathie. Cette localisation de la tuberculose ne serait pas fort rare ; elle constitue le sixième des cas de lésions buccales tuberculeuses, et elle est presque toujours contemporaine de la tuberculose généralisée.

A. G.

Trois cas de perforation du voile du palais d'origine différente. Différences d'indications, par TRÉLAT (*Gaz. des hôpitaux*, samedi 27 février 1886).

Les perforations sont de cause très variable ; la syphilis est la plus fréquente, puis la scrofule, enfin des abcès peu-

vent en être les points d'origine. On ne doit opérer, dit Trélat, sous peine d'échouer, que lorsque les bords de l'ulcération sont cicatrisés et que l'affection a cessé d'évoluer. A. G.

De la trachéotomie dans les opérations de l'arrière-bouche, par MONOD (*Société de chirurgie, séance du 24 février 1886*).

Le Dr Monod conseille dans ces opérations la trachéotomie préventive, qui a pour but de prévenir les pneumonies en empêchant les matières septiques de pénétrer dans les voies aériennes. Il cite à ce propos la pratique de Langenbeck et de Kocher, dont les revers auraient été dus à l'oubli de cette précaution. Les vues de Monod à ce sujet sont très contestées par les membres de la Société, entre autres par Verneuil et Trélat qui pensent qu'on peut prévenir la pneumonie en faisant un pansement antiseptique très soigné et en mettant dans l'œsophage une sonde à demeure. Terrier, non seulement ne croit pas à l'efficacité de la trachéotomie, mais il la considère comme dangereuse. Marchand, au contraire, considère cette précaution comme indispensable. En somme la grande majorité de la savante Société rejette comme inutile et dangereuse la trachéotomie préventive à moins que l'opération ne se fasse extrêmement près du larynx et qu'il n'existe un œdème laryngien.

A. G.

Accident causé par la cocaïne employée comme anesthésique avant une amygdalotomie, par G. GOURAUD (*Gazette médicale de Nantes, n° 5, 1886, p. 68*).

Badigeonnages multiples avec une solution de 4/100; 4 grammes de la solution avaient été employés, les accidents furent des nausées, un tremblement général, de l'obnubilation et des vertiges; les bras et les jambes étaient le siège de contractures et de soubresauts brusques et saccadés, mais sans incoordination. Le malade vacillait dans sa marche, les accidents disparurent en un quart d'heure, en laissant une surexcitation nerveuse. L'amygdalotomie fut pratiquée, mais la région n'était pas *ou plus* anesthésiée.

A. G.

Simplex procédés prophylactiques, dans certaines circonstances, d'affections catarrhales ou d'inflammations de nombre d'organes ou des muqueuses nasales, bucco-pharyngienne, laryngienne, trachéale et bronchiale, par BROWN-SÉQUARD (*Société de biologie, séance du 6 mars 1886, p. 109*).

L'auteur rappelant que certaines parties du corps exposées aux intempéries de l'air ne sont plus insensibles aux causes morbifiques extérieures, propose d'imiter ce moyen naturel par l'insufflation d'air, à des températures progressivement basses, sur les parties dont le refroidissement *provoque* le plus aisément les inflammations des organes respiratoires. C'est avec un soufflet qu'il recommande d'employer ces moyens prophylactiques. Le cou et le cuir chevelu sont les endroits d'élection, sur lesquels il faut agir; l'immersion des pieds dans une eau progressivement basse lui semble aussi un moyen très recommandable.

A. G.

Polype fibro-muqueux de l'amygdale, par MASSE, de Bordeaux (*Société de chirurgie, séance du 30 juillet 1885*).

Ce polype s'insérait par un pédicule à la partie supérieure de l'amygdale gauche, descendait jusqu'à l'épiglotte et provoquait des accès de toux par les oscillations. Après badiageonnage à la cocaïne, ce polype fut saisi avec des pinces et extirpé facilement. L'examen histologique pratiqué par Coyne démontra que la tumeur n'était pas constituée par le tissu adénoïde, mais par le chorion muqueux de la région.

A. G.

Des larges ablations de cancers de la bouche, de l'isthme du gosier et du pharynx, par POLAILLON (*Gaz. méd. de Paris, 17 et 24 juillet 1886*).

Les opérations faites par Polaillon mentionnent 2 guérisons et 4 morts par hémorrhagie et par broncho-pneumonie. Il suffit de lire ces quelques observations pour voir combien peu elles sont encourageantes, malgré l'habileté opératoire du chirurgien. Les guérisons n'ont pas duré plus de quelques mois, et quelquefois même la récurrence n'attendait pas la cicatrisation pour se produire.

A. G.

Considérations sur l'étiologie et le traitement de la diphthérie, par DELTHIL (*Assoc. scientif. française*, session de Nancy, 1886).

L'auteur aurait traité 134 malades par sa méthode et eu 126 guérisons. Voici en dehors de ce résultat quelques conclusions de son mémoire : 1° l'incubation est de 5 jours en moyenne ; 2° les matières souillées peuvent être contagieuses pendant un an ; 3° certaines dispositions individuelles ou familiales favorisent la réceptivité ; 4° la salive est acide ; c'est un élément de diagnostic ; 5° la diphthérie de l'animal est analogue, sinon identique à celle de l'homme, et le fumier de basse-cour est un agent de contagion sinon de généralisation ; 6° la maladie est toujours primitivement locale ; 7° elle peut se développer à l'état chronique sur le même individu.

A. G.

Amygdalites infectieuses, par DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Assoc. scientif. française*, session de Nancy, 1886).

L'amygdalite n'est souvent que la manifestation locale d'une infection générale, fait admis par Kannenberg, Bouchard et Landouzy, et semblant prouvé par les observations de l'auteur. Cet état se développe dans un milieu préparé et fécondé à l'avance par toutes les causes de déchéance physique. Voici l'évolution clinique : débilitation antérieure et hypertrophie amygdalienne antérieure, frisson violent, lumbago, sensibilité excessive de la gorge sans apparition de plaque herpétique ou diphthéritique, engorgement ganglionnaire, albuminurie et bactéries dans l'urine. L'état général ne se relève qu'après la disparition de l'albuminurie. Le traitement consiste, après un vomitif, dans l'administration de quinine et des toniques. Il sera bon de détruire les amygdales hypertrophiées pour prévenir cette affection.

A. G.

Des hémorrhagies dans l'angine phlegmoneuse, par le Dr MOIZARD (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, août 1886).

La complication observée par Moizard se déclara le lendemain de l'ouverture spontanée de l'abcès qui eut lieu à

la partie la plus inférieure de l'amygdale. La maladie avait duré 8 jours. L'hémorrhagie fut énorme, le sang rouge, rutilant, sortait par saccades; le malade en perdit au moins un litre et fut sauvé de la mort par une syncope. L'hémorrhagie se fit par le pertuis qui avait donné issue au pus. On n'eut pas besoin de faire la ligature de la carotide.

Le travail donne lieu à quelques recherches de bibliographie, facilitées par un travail de Vergely, de Bordeaux, paru cette année dans les n^{os} 49, 50 et 51 du *Journal de Bordeaux*. Ces observations ont trait à des affections différentes, abcès ossifluents rétropharyngiens, adénites rétropharyngiennes, angines phlegmoneuses. Dans tous ces cas, la carotide avait été ouverte, et l'on dut plusieurs fois lier ce vaisseau.

L'auteur montre encore que ces hémorrhagies n'apparaissent pas toujours de suite d'une façon foudroyante; l'accident n'atteint souvent sa gravité qu'après une hémorrhagie anodine. Moizard ne peut dire si dans son cas la carotide a été ulcérée; mais il est probable que le sang venait de ce vaisseau, et il recommande, chaque fois qu'une hémorrhagie se produit, de se tenir prêt à lier l'artère carotide. Enfin le cas qu'il cite fait exception à la règle dans ces complications qui ont toujours été mortelles, quand on n'est pas intervenu.

A. G.

Ovarite amygdalienne, par BOUGAREL (*France médicale*, 7 septembre 1886, p. 1232).

Cas d'amygdalite double chez une hystérique, qui au moment du déclin de la maladie eut des douleurs très violentes des lombes s'irradiant vers le bassin et la région ovarienne, accompagnées d'une attaque d'hystérie. Ces symptômes s'amendèrent très rapidement sous l'influence de fomentations émollientes. L'auteur pense que dans ce cas il s'agissait d'une ovarite. La rapidité avec laquelle disparurent les accidents permet de douter de l'exactitude du diagnostic.

A. G.

Communication sur quelques cas de goitre, par BIECKEL et JÆGER (*Gazette médicale de Strasbourg*, octobre 1886, n° 10).

Les auteurs publient trois observations de thyroïdectomie : la première guérit facilement en peu de temps ; il s'agissait chez un jeune homme de 17 ans d'un goitre parenchymateux, dont une partie seulement fut enlevée, le reste s'atrophia. Ils estiment qu'en présence de la bénignité de ces tumeurs et des succès croissants des opérations de ce genre, il est inutile de s'attarder à un traitement palliatif, et il sera avantageux d'opérer très vite pour éviter les accidents dus à la compression des organes du cou. Le 2° cas fut malheureux, mais la malade, femme de 57 ans, souffrait depuis longtemps d'une affection thoracique. La malade succomba à ces accidents ; le goitre, du reste, était aussi beaucoup trop considérable. Le 3° cas est une forme de goitre malin ; l'opération n'amena aucun soulagement et l'on dut pratiquer la trachéotomie ; la malade âgée de 58 ans succomba assez rapidement. Ces cas de goitre malin ne sont pas extrêmement nombreux dans la science ; ce sont des épithéliomes, des carcinomes et des sarcomes, dont l'histoire a été faite par un certain nombre de chirurgiens étrangers, allemands surtout. Une monographie française due à Coulon (*Thèse de Paris*, 1883) résume assez bien l'état de la question. Malgré les mauvais résultats donnés par l'opération dans la plupart de ces cas, les auteurs sont partisans de l'opération, qui devra être faite le plus souvent avec l'aide du cautère ordinaire ou galvanique.

A. G.

Extirpation du goitre, par JACQUES REVERDIN (*Lyon médical*, 11 avril 1886).

Leçon faite par le chirurgien de Genève à la clinique du professeur Tripier, de Lyon. Voici les indications opératoires : 1° ne pas opérer pour des raisons de cosmétique pure ; 2° opérer en cas d'insuccès du traitement médical avant que les accidents dyspnéiques, douloureux et les troubles vocaux n'arrivent à un trop fort degré. C'est quand ces complications deviennent excessives, par suite d'une

compression trop prolongée, que l'opération n'a aucune chance de réussite. L'auteur a pratiqué 29 thyroïdectomies totales ou partielles avec 3 décès, l'opération ayant été trop tardive. Il recommande de ne pas trop abuser des lavages antiseptiques qui peuvent entraîner des troubles vocaux, même quand le récurrent a été respecté; il faut se contenter d'essuyer la plaie avec des éponges bien exprimées. Les ligatures, surtout celle de la thyroïdienne supérieure, doivent être effectuées avec le plus grand soin. Le récurrent peut être sectionné ou lié quand on pratique la ligature de la thyroïdienne inférieure. Des troubles vocaux peuvent aussi se montrer quelque temps après l'opération au moment de la cicatrisation. Reverdin signale encore la dysphagie passagère due au passage du larynx sur la plaie; cet incident ne dure pas; il a observé chez des femmes de la tétanie absolument semblable à celle des nourrices et des accouchées.

A. G.

Un cas de rétrécissement de l'œsophage, par BOVET
(*Union médicale*, jeudi, 27 mai 1885).

Observation du plus haut intérêt par les motifs suivants : 1° le rétrécissement put être franchi après de nombreuses tentatives infructueuses, après l'emploi de la cocaïne, 12 milligrammes d'ingestion, et application de glycérolé cocaïné au moyen du cathéter, des olives de plus en plus grosses purent être introduites; 2° le malade succomba rapidement à des accès de suffocation, après avoir présenté des troubles vocaux, ce qui était dû bien certainement à la compression du nerf récurrent et au spasme consécutif de la glotte, absolument comme dans les cas d'anévrysme aortique en d'adénopathie péritrachéale.

A. G.

Syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde, par A. ROBIN
(*Gaz. méd. de Paris*, 2 et 9 janvier 1886, p. 3).

La malade qui fit le sujet de cette leçon, recueillie par Juhel-Renoy, était atteinte d'une violente angine, avec fièvre et grande prostration. L'isthme du gosier et les amygdales étaient recouverts d'exsudats d'un blanc grisâtre; ces exsu-

datés étaient très confluents et les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés. La voûte palatine était aussi le siège d'une plaque de cette nature. Le diagnostic du premier moment avait été : *diphthérie* ; le lendemain, la fièvre n'existait plus et la gêne moins violente, et il fut possible de soupçonner la nature de la maladie par l'apparition, autour des plaques blanchâtres, de papules caractéristiques ; de plus, la peau et les organes sexuels étaient le siège de syphilides caractéristiques. Indépendamment de la difficulté de reconnaître cet état de la diphthérie, l'auteur pense qu'en raison de l'adénite concomitante on pouvait supposer l'existence d'accidents primitifs de l'amygdale, début assez rare, mais décrit par tous les syphiliographes. En raison de l'aspect insolite et de l'état général, A. Robin propose, pour cette variété de syphilides, le nom de syphilis amygdalienne diphthéroïde. A. G.

D'une variété nouvelle de kystes du cou (Kyste crico-thyroïdien), par P. Blocq (*Gazette médicale de Paris*, nos 12, 13 et 15, 1886).

M. Blocq présente l'observation d'un kyste du cou, situé en avant de la région laryngienne et ouvert sans incident ; le liquide sorti était assez peu abondant et gélatineux ; la malade, âgée de 40 ans, quitta l'hôpital, semblant guérie, et n'ayant qu'une fistule. Quelque temps plus tard elle retourna avec les symptômes d'une dyspnée laryngienne tellement intense qu'on dut faire la trachéotomie. Un emphysème énorme se répandit sur tout le tronc ; la malade, que ne soulage guère la trachéotomie, succomba, et on peut constater une sténose très prononcée de tout le larynx, causée par une infiltration purulente et sous-muqueuse très étendue. Le point de départ semblait être à la membrane crico-thyroïdienne qui était le sujet d'une assez vive inflammation, et qui communiquait à ce kyste.

L'auteur n'a pas rencontré dans la littérature médicale de cas semblable à celui qu'il présente. A. G.

Accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde,
par REVERDIN, de Genève (*Congrès français de chirurgie*, 2^e session, octobre 1886, séance du 18 octobre).

Description d'une affection spéciale, apparaissant quelque temps après l'ablation du corps thyroïde, appelée *cachexie pachydermique* et *myxœdème* par des auteurs différents, et que Reverdin propose de nommer *myxœdème opératoire*, qu'il préfère à la dénomination de *cachexie strumipriva*, de Kocher. *Signes principaux* : bouffissure de la face, du cou et des mains, obtusion ou perversion de la sensibilité, réfrigération subjective, troubles trophiques de la peau (sécheresse, écailles), troubles psychiques, épaissement de la langue, lenteur de la parole, perte de la mémoire, albuminurie quelquefois et pseudolipomes claviculaires.

Des enfants idiots observés par Bourneville et Brion n'avaient pas de glande thyroïde, et des singes auxquels Horsley avait enlevé cette glande devenaient idiots et bouffis.

Le myxœdème opératoire n'est pas constant, et il ne se montre pas quand on n'enlève pas toute la tumeur, mais il peut apparaître, même dans ces cas ; alors la partie respectée par l'opération s'était atrophiée peu à peu.

Cette affection peut s'arrêter, présenter des rémissions et s'améliorer, mais elle ne guérit pas complètement. A. G.

Diagnostic différentiel des angines diphthéritiques et des angines dypthéroïdes, par D'ESPINE, de Genève (*Semaine médicale*, août 1886).

Le moyen que signale l'auteur n'est pas, dit-il, hors de toute contestation : dans les cas de diphthérie, il a trouvé une espèce de bactérie, analogue à celle décrite par Loeffler, de Berlin ; les préparations ont été vues par Koch et Loeffler, qui ont bien réellement constaté la présence d'une bactérie ; mais est-ce toujours la même ? Dans les plaques diphthéroïdes, d'Espine n'a jamais trouvé ce micro-organisme.

A. G.

Des kystes et fistules d'origine branchiale, par CUSSET, de Lyon (2^e Congrès français de chirurgie, 1886, séance du 22 octobre).

Après avoir rappelé ses travaux datant de 1877, ceux de Quenu, de Lannelongue et d'Achard, l'auteur cite 6 autres faits; quelques-unes de ces tumeurs siégeaient à la région auriculaire et n'avaient pas d'autre importance; mais au cou existaient quelquefois des trajets fistuleux s'étendant de la région sushyôidienne au sternum et dont la guérison était fort difficile. L'examen histologique montra la nature embryonnaire de ces affections. La paroi du trajet était constituée par un épithélium et un derme; l'épithélium était à deux couches, une superficielle composée de cellules épidermiques semblables à celles d'un fœtus de 6 mois, une couche profonde à cellules cylindriques. Le derme, à trame fibreuse, contenait des glandules avec acini et conduits excréteurs, absolument semblables à celles du pharynx et de l'épiglotte. En raison de l'existence de ces glandes, le D^r Cusset insiste sur la nécessité, quand on opère, de dépasser les limites de la fistule pour bien enlever les glandes.

Dans la discussion, le professeur Trélat prétend que les tumeurs et fistules branchiales ne sont pas absolument rares, il en a observé une vingtaine de cas; les tumeurs sont plus faciles à traiter que les fistules, en raison de l'extension excessive de ces dernières. Ses examens microscopiques étaient en rapport avec ceux du D^r Cusset.

A. G.

Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres, labialités tertiaires, par TUFFIER (*Revue de chirurgie*, n° 11, octobre 1886, p. 777).

Travail clinique entrepris d'après un cas personnel et un certain nombre d'autres fournis par Fournier, Lailler, Besnier et Vidal. L'auteur, après avoir constaté l'extrême rareté de ces cas, divise ces faits en trois variétés cliniques: les gommes, les scléroses ou syphilides en nappes et les gommes avec sclérose. L'anatomie pathologique n'a jamais été faite, mais il la considère comme analogue à celle des syphilides tertiaires de la langue. L'intérêt de ce travail réside surtout dans

la description clinique. Le siège le plus commun serait la lèvre supérieure, peut-être par suite du voisinage du nez qui est si souvent le siège de la syphilis tertiaire. La lèvre inférieure est un siège moins fréquent. Les gommès se rencontrent surtout dans la lèvre supérieure, les syphilides plutôt sur la lèvre inférieure. Les gommès sont multiples, se ramollissent assez vite, et si les ulcérations sont étendues, elles peuvent être suivies d'une atrophie de la lèvre. Mais cette dernière conséquence est bien plus frappante dans la seconde variété, qui peut amener des irrégularités, des bosselures et une déformation avec atrophie, telle que les malades peuvent difficilement manger et parler ; de plus, les récidives sont bien plus promptes et la guérison bien plus laborieuse. On ne constate pas d'adénopathie, sauf dans un cas du professeur Fournier. Au début, ces lésions s'accompagnent quelquefois d'un épaissement si étendu, que l'aspect de la face peut en être rendu plus ou moins grotesque.

Le diagnostic est parfois fort difficile avec l'épithélioma, mais ce dernier est habituellement unique, ce qui n'est pas le cas du syphilome. L'hypertrophie suit dans le cancer les progrès de l'ulcère, tandis que dans le syphilome, elle est précoce et peut s'étendre très loin du point ulcéré. Quelquefois ce diagnostic est si difficile que le traitement seul peut trancher la question. La thérapeutique consiste dans l'administration de l'iodure contre les gommès et du traitement mixte avec prédominance mercurielle contre les syphilomes en nappe. A. G.

Du cathétérisme de l'œsophage, modifications des cathéters, par le D^r CHASSAGNY, de Lyon (*Union médicale*, n° 125, 1886).

Le but de ce mémoire est de démontrer que les olives cylindro-coniques, habituellement employées, ne peuvent donner le maximum de dilatation et qu'il faut leur substituer les cathéters aplatis. Voici la raison que donne l'auteur de son opinion. Le larynx, dit-il, ne peut se porter en avant, ce mouvement étant empêché par les muscles stylo-hyoïdien, omo-hyoïdien et l'aponévrose cervicale, et il a pu s'en assurer par l'expérimentation sur le cadavre. L'œsophage ne

peut donc se dilater à ce niveau que dans une très faible étendue d'avant en arrière, mais la dilatation est aisée latéralement, d'où l'idée de l'aplatissement des cathéters œsophagiens.

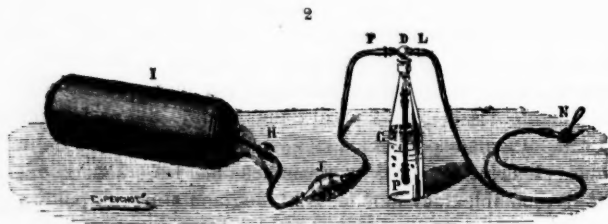
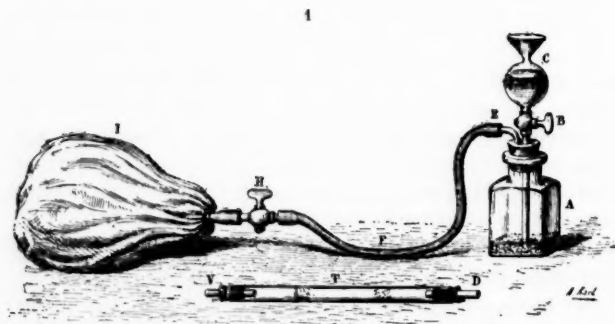
A. G.

Nouveau traitement des affections des voies respiratoires et des intoxications du sang par les injections rectales gazeuses, par BERGEON et MOREL (G. MASSON, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain).

Le Dr Bergeon, de Lyon, a présenté à l'Académie des sciences d'abord, puis à l'Association scientifique française à Nancy, et enfin à l'Académie de médecine récemment par l'intermédiaire du professeur Cornil le résultat de ses recherches cliniques sur ce sujet. Ce résultat, si les expériences nombreuses qui vont suivre le confirment, serait purement et simplement merveilleux. Après avoir décrit le mode de préparation du mélange et son application thérapeutique, chose très simple, en prenant les précautions nécessaires, très faciles du reste, l'auteur cite les liquides médicamenteux, très nombreux, minéraux ou autres, qui peuvent servir dans sa méthode. Pour notre part, nous nous proposons d'employer l'eau d'Enghien, commode par son voisinage et que l'administration de ces eaux s'est empressée de mettre à notre disposition avec courtoisie et désintéressement. Voici les résultats annoncés par notre collègue le Dr Chantemesse, et insérés dans la note du professeur Cornil : 9 malades ayant les signes généraux et locaux de la tuberculose pulmonaire, avec bacilles dans les crachats, ont été très notablement améliorés. L'augmentation du poids a été très rapide : 500 à 1,000 grammes par semaine ; les forces ont augmenté, la toux et l'expectoration ont diminué considérablement. Les crachats contenaient toutefois toujours des bacilles de la tuberculose. Des malades traités depuis six semaines, l'un a augmenté de près de 5 kilogrammes. M. Chantemesse a traité aussi avec succès par cette méthode des asthmatiques et des catarrheux. La fièvre a quelquefois tombé d'une façon remarquable : de 40°

on a vu la température s'abaisser à 37° dans un cas de tuberculose aiguë.

Le professeur Cornil vérifiera ces résultats par l'expérimentation chez des animaux préalablement rendus tuberculeux. Nous n'avons pas de commentaires à ajouter à ces descriptions, c'est aux recherches cliniques à confirmer ou à atténuer ces résultats vraiment surprenants. A. G.



Appareil de M. le Dr MOREL.

1. Fabrication du gaz acide carbonique.
2. Ballon d'acide carbonique, flacon d'eau sulfureuse ou médicamenteuse et tuyau d'échappement.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Influencia del coriza crónico y de la angina granulosa en la voz cantada, par D. RAFAEL ARIZA (Extrait du tome IV de l'*Institut de thérapeutique opératoire*).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Ceux qui, atteints d'angine chronique naso-pharyngienne, se destinent au chant, peuvent souffrir du larynx, soit par laryngite folliculaire, soit par paralysie thyro-aryténoidienne réflexe, soit par une combinaison de ces deux affections ;

2° Dans ce cas, il est impossible de suivre la carrière du chant ;

3° Les maîtres de chant doivent conseiller à leurs élèves, avant de commencer leur carrière, de faire examiner leur gorge par un médecin, quelque brillantes, du reste, que soient les qualités vocales qu'ils possèdent ;

4° Si le médecin découvre chez eux des signes d'ozène, de coryza chronique ou d'angine granuleuse, il devra les prévenir de la nécessité qu'il y a pour eux de se guérir entièrement avant de commencer toute étude, s'ils ne veulent pas perdre leur temps et leur travail.

M. L.

Sur la valeur négative de l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose, par O. MASINI (*Bollettino delle malattie dell' orecchio, della gola et del naso*, n° 3, mai 1886).

Dans une lettre adressée au professeur Grazzi, l'auteur combat l'usage de l'acide lactique en applications locales, conseillé d'abord par Krause, puis par Jellinek dans le traitement de la phthisie laryngée.

L'auteur a opéré sur des larynx non ulcérés, mais présentant une profonde infiltration de la muqueuse interaryténoidienne.

La solution à 20 0/0 produisait quelques quintes de toux et une sensation de brûlure à la partie touchée.

A 40 0/0, production d'une toux violente, spasmodique, avec sensation de constriction à la gorge et de forte brûlure. Dans un seul cas fut employée la solution à 80 0/0 recommandée par Jellinek : il y eut alors un tel accès de suffocation avec spasmes du larynx, qu'on dut faire la respiration artificielle.

Et, pendant tout ce traitement, l'auteur n'a pas remarqué la moindre amélioration dans l'état local du larynx ; et il pose au Dr Schrötter, qui affirme que l'acide lactique guérit tous les cas bénins de tuberculose laryngée : Comment distinguer au début la forme bénigne de la forme maligne de la tuberculose du larynx ?

M. L.

Eresipella della laringe, par le Dr FERDINANDO MASSEI (Extrait de la *Revista clinica e terapeutica*, anno VII, n° 4).
Voici les conclusions de l'auteur :

1° Il existe réellement un érysipèle primitif du larynx ;

2° Bien des cas décrits sous le nom d'œdème primitif du larynx ne sont que des cas d'érysipèle du larynx ; cette affection est par conséquent beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement ;

3° Il y a deux formes d'érysipèle du larynx : dans l'une, les lésions locales l'emportent en intensité ; dans l'autre, c'est l'état général qui commande l'attention ;

4° Comme méthode curative, il convient de conseiller :

a) La soustraction de calorique au moyen du froid, des révulsifs intestinaux et de la médication générale requise en pareille circonstance ;

b) Les scarifications qui, cependant, ne réussissent pas à elles seules ;

c) Enfin la trachéotomie quand les autres remèdes n'ont point réussi à soustraire le malade aux dangers d'une suffocation imminente.

M. L.

L'abondance des matières nous oblige à remettre aux numéros suivants la bibliographie, les analyses de nombreux articles de la presse allemande, anglaise et américaine, et les indications bibliographiques.

La Table des matières paraîtra en janvier 1887.

NOUVELLES.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort d'un des otologistes les plus éminents et les plus autorisés, M. le professeur BURCHARDT-MÉRIAN, de Bâle, enlevé, à l'âge de 44 ans, par une longue et cruelle maladie.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Quelques cas assez rares de perforations de la cloison nasale, par SCHMIEGELOW.

Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche, par G. LEMAN.

Syphilome des deux cordes vocales inférieures, par G. LEMAN.

Anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne pour l'avulsion des dents, par G. VIAN.

The value of rine's experiment in the diagnosis of disease of the ear, par D. SCHWARACH.

Traitement des affections mastoïdiennes consécutives aux inflammations de l'oreille moyenne, par BOBONE.

Ueber die fonction der musculus tensor tympani, par JOSEF POLLAK.

Conclusioni sulla statistica, sulla bacteriologia e sull'igiene publica e privata nella diphtheria, par V. COZZOLINO (Piacenza, G. Favari).

Néoplasmes des cloisons des fosses nasales, par O. CHIARI.

Rhinocelerom der Schleimhaut (des muqueuses), étude clinique, par O. CHIARI et G. RIHL.

Nouvel appareil téléphonique pour le diagnostic et le traitement de l'organe de l'ouïe, par L. JACOBSON (de Berlin).

Rapport sur la clinique otologique de l'Université de Berlin, de 1881 à 1884, par L. JACOBSON.

Note sur un champignon développé dans la salive humaine, par GALIPPE.

Note sur le traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par E.-J. MOURE.

Annales de la clinique interne de l'Université de Liège, par MUSIUS, CLOSSON et SCHIFFERS.

Perforation de la membrane du tympan et d'un nouveau mode de traitement, par POLO (Ad. Delahaye, Paris 1886).

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 181.42 86.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1886

(12^e VOLUME)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Albrecht, 195.
Alvarez, 139.
Ariza (R.), 316, 317, 318, 320, 322,
323, 525.
Armstrong, 420.

B

Babès, 504.
Ballet (G.), 508.
Bandy, 172.
Baratoux, 141.
Barker (A.-E.), 197.
Barth (A.), 288.
Barth (H.), 146.
Bassols Prim, 465.
Bayer (L.), 493.
Bendelack Hevetson (H.), 372.
Bergeon (L.), 523.
Berthold (E.), 405.
Bertoye (H.), 125.
Beschornier (O.), 87.
Betz, 492.
Beverley Robinson, 116, 418.
Bezançon (J.), 506.
Bézold (F.), 150.
Blanc, 144.
Blau, 78.
Blocq (P.), 519.
Blois (de), 371.
Bobone (T.), 468.
Bœckel (J.), 510, 517.
Bonnet (S.), 337.
Bougarel, 516.
Bovet, 518.
Brébion, 143.
Brown-Séquard, 514.
Buck (A.-H.), 495, 496.
Burnett (G.-H.), 498.

C

Carpenter, 33.
Carlaz (A.), 141, 144, 505.
Casadesus (J.-R.), 321.
Castex (A.), 1, 178.
Charazac (J.), 236.
Charcot, 148.
Chassagny, 522.
Chatellier (H.), 12, 71, 169, 232,
301, 344, 473, 487.
Chiari, 194.
Christopher (H.), 32, 37.
Coën, 495.
Combes, 509.
Cornil, 133, 139.
Coupard, 507.
Cusset, 521.

D

Dalby (W.-R.), 28.
Daly (W.), 370.
Delage (Y.), 499.
Delavan (B.), 369, 419.
Delthil, 515.
Dennert, 460.
Descroizilles, 148.
Dewèvre, 502.
Donaldson, de Boston (F.), 369.
Donaldson, de Baltimore (F.), 368.
Downie (J.-W.), 373.
Dubousquet-Laborde, 515.
Dugardin, 243.

E

Espine (d'), 520.
Etienne (C.), 74.
Exner, 520.
Eyssel, 452-462.

F

Féré (Ch.), 72.
 Ferré, 500.
 Figueras (R.), 192.
 Florand (A.), 503.
 Florençy, 501.
 French (T.-R.), 370.

G

Garel (J.), 184, 218.
 Gellé, 74, 108, 112, 486.
 Golding Bird, 116.
 Gonzales (A.-F.), 195.
 Gonzales Alvares, 193.
 Gordon (N.-R.), 34.
 Gottstein, 373.
 Gouguenheim, 1, 65, 347.
 Gouraud (G.), 113.
 Grancher (J.), 143, 165.
 Grandmaison (de), 509.
 Grasset, 146.
 Grazi (V.), 403.
 Grosholz, 173.
 Gruber (J.), 451.
 Grundle (R.), 196.

H

Habermann (J.), 78, 454.
 Harrisson Allen, 366.
 Hartmann (A.), 285, 457.
 Henderson, 35.
 Hendrix (H.-F.), 34.
 Hering (T.), 45, 89, 143, 184, 186,
 249, 490, 491.
 Hermantier, 512.
 Heurtaux, 142.
 Heymann, 494.
 Hischmann (C.), 166.
 Hitchcock (W.-G.), 37.
 Hobbs (A.-G.), 409.
 Holden (E.), 371.
 Hooper (F.-H.), 209, 278.
 Hommel (A.), 281, 455.
 Horsley, 500.

J

Jæger, 517.
 Jarvis (C.), 370.
 Jurasz, 422.

K

Kennicot, 171.
 Kirchner, 464.
 Kirmisson, 511.
 Knapp, 498.
 Knight, 369, 371.
 Knode, 34.
 Koch (P.), 395.
 Krakauer (A.), 464.
 Krause (H.), 84, 49.
 Kriege (H.), 83.
 Kuhn, 119, 120.

L

Labbé (L.), 508.
 Laguerre (G.-E.), 77.
 Lane (A.), 190.
 Lauret, 148.
 Leidey, 367.
 Lermoyez (M.), 174.
 Lichtenberg, 45, 462.
 Lichtwitz, 510.
 Little (W.-F.), 499.
 Lublinski (W.), 306, 493.

M

Mackenzie (J.-N.), 116, 117, 369,
 417.
 Masini (O.), 525.
 Masse, 514.
 Massei (F.), 185, 526.
 Mayor (G.-W.), 370.
 M'Bride, 361.
 Ménière (E.), 188, 487.
 Michael (S.), 296.
 Milsonneau, 146.
 Miot (C.), 181, 269.
 Moizard, 515.
 Moldenhauer (W.), 421.
 Monnier (L.), 507.
 Monod, 513.
 Morel, 523.
 Moresco (E.), 82.
 Moura, 185, 485, 487.
 Moure (E.-J.), 145, 187, 401, 485,
 487.
 Muller, 193.

N

Neidert (C.), 416.
Noquet, 186.
Novitzky (P.), 414.

O

Orne Green, 278.

P

Payne, 193.
Percepied, 502.
Pernice, 115.
Peter (M.), 506.
Poisson, 147.
Politzer, 28.
Polaillon, 514.
Pomeroy (O.-D.), 498.

R

Ramon de la Sota, 145, 366.
Ranke, 85, 190.
Rasmussen (A.-F.), 292.
Reichert, 489.
Renou, 505.
Retterer, 499.
Reverdin (J.), 517, 520.
Richelot (G.), 503.
Robert, 190.
Robertson (J.-W.), 419.
Robin (A.), 77, 518.
Rohrer, 457.
Rolland, 501.
Rollin, 481.
Rosenberg, 492.
Rosenfeld, 493.
Rougier, 186.
Royero (F.), 191.
Rumbold (T.-R.), 36, 37.

S

Sajous, 369.
Sancho (F.), 489.
Schadewaldt, 494.
Schiffers, 186.
Schmaltz, 453.

Schmidt (M.), 490.
Schmiegelow, 292.
Schnitzler, 494.
Schœtz, 84.
Schrotter, 489.
Schultze, 78.
Schwabach, 461, 494.
Schwartz, 448, 452.
Seiler, 367.
Semon (F.), 488.
Sexton (S.), 373, 495.
Simanowski (N.), 86.
Solis Cohen (J.), 355, 368.
Solis Cohen (S.), 114-359.
Soughi (G.), 80.
Spear, 169.
Steinbrugge, 449.
Storck, 489.
Strubing, 489.
Sune y Molist, 41.

T

Terrier (F.), 481.
Terrillon, 511.
Tillemans, 194.
Tissier (P.), 173, 378, 426.
Todd (Ch.-A.), 280, 372.
Tordeus (E.), 196.
Tornwaldt, 494.
Toussaint, 75.
Trauttmann, 453, 463.
Trélat, 512.
Truckenbrod, 449.
Tuffer, 521.

V

Vilbiss (de), 32.

W

Wagner (Cl.), 370.
Wilson (F.-M.), 410.
Wœrner, 197.
Wolff (O.), 38.

Z

Ziem, 118, 173.
Zouiewitch, 147.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

	Pages.
Acide lactique, comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx, par T. Hering.....	249
Aperçu sur les ecchondroses et exostoses du larynx, par H. Bertoye.....	125
Asthme et affections nasales, par W. Lublinski.....	306
Centre cortical laryngé. Paralysies vocales d'origine cérébrale..	218
Corps étrangers du larynx, par P. Aysaguer.....	69
De quelques accidents qui accompagnent les tumeurs adénoïdes du pharynx, par H. Chatellier.....	12
Des névroses réflexes déterminées par des affections nasales, par T. Hering.....	45 et 89
Durée de l'excitation sonore nécessaire à la perception; acoumètre basé sur cette notion.....	108
Étude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka, au point de vue de l'anatomie et de la pathologie, par P. Tissier.	378 et 426
Fatigue et arrêt de l'accommodation auditive, par Gellé.....	112
Influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extralaryngiennes, par P. Koch.....	395
Les positions des cordes vocales paralysées, par F.-H. Hooper.	209
Note histologique sur deux tumeurs de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs, par H. Chatellier.....	301
Note sur un cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, par H. Chatellier.....	344
Nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Granchier.....	165
Otite moyenne suppurée. Polype du conduit. Carie du rocher, éruption d'herpès dans le conduit et sur le pavillon, par H. Chatellier.....	232
Otite purulente puerpérale, phlébite du sinus, mort, autopsie, par S. Bonnet et F. Terrier.....	337
Paralysie des muscles crico-aryténoidiens postérieurs, tuberculeuse pulmonaire, tabes dorsalis, par C. Hischmann.....	166

TABLE ALPHABÉTIQUE.

533

	Pages.
Physiologie de la voix et du chant, par A. Castex.....	1
Plaie des deux oreilles par balles de revolver, extraction des projectiles. Troubles oculaires et intellectuels consécutifs, par Rollin et Terrier.....	481
Polype fibro-muqueux des arrière-narines, morcellement de la tumeur, extirpation sans opération préliminaire, examen histo- logique, réflexions, par H. Chatellier.....	473
Quelques réflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilatateurs de la glotte, d'après un cas, par Gouguenheim....	1
Rétrécissement syphilitique de la trachée et de la bronche droite, par Gouguenheim.	65
Traitement de la suppuration de la caisse, par C. Miot.....	269
Trois cas de compression du nerf récurrent, avec flxité de la corde vocale dans la position phonatoire, par J. Solis-Cohen.	355
Un cas de paralysie des dilatateurs, trachéotomie, mort, autopsie, par Gouguenheim.....	347

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Oreille.

	Pages.
Abcès de l'apophyse mastoïde, opérations indiquées par l'hyperthermie, par O. D. Pomeroy.....	498
Affections de l'oreille, dans la leucémie, par Blau.....	78
Altérations de l'ouïe des employés de chemin de fer, par Lichtenberg.....	45
Amélioration immédiate de l'ouïe, après la section des cicatrices de la membrane du tympan, par H. Bendelack Hevetson....	372
Anatomie de l'oreille, par J. Gruber.....	45
Anatomie pathologique de l'ozène simple, par Habermann.....	454
Anomalie du pavillon de l'oreille, par C. Féré et E. Huet.....	72
Audition colorée, par Lauret.....	149
Autophonie, par R. Ariza.....	316
Bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac, par E. Ménière.....	188
Cas de tuberculose de l'os temporal et de l'os pariétal, par Schwartze.....	452
Communications cliniques, par Trautmann.....	465
Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne, par Rasmussen et Schmiegelow.....	292
Contribution à l'étude du nerf auditif, par Ferré.....	500
Crise épileptique produite par une otite moyenne, par Noquet...	186
De la formation du kyste dans le pavillon, par A. Hartmann...	285
De la pression produite dans l'oreille moyenne par les insufflations d'air à travers la trompe, par A. Barth.....	288
De la montre comme acoumètre et de la notation uniforme des résultats de l'épreuve de l'ouïe, par F. Bezold.....	450
Des champs auditifs et de leur empiètement réciproque, par W. F. Little	499
Des fonctions physiologiques des fibres de la corde du tympan chez l'homme, par Novitzky.....	414
Deux cas d'affection auriculaire négligée, mort, par Samuel Sexton.	373
Développement anormal du pavillon de l'oreille chez un adulte, par E. Ménière.....	487

TABLE DES MATIÈRES.

535

Pages.

Développement progressif de la couche dermoïde dans le conduit auditif externe, par F. H. Hooper.....	278
Durée de l'excitation sonore, nécessaire à la perception, acoumètre basé sur cette notion, par Gellé.....	108
Épanchement séreux dans la caisse du tympan, par J. Orne Green.....	278
Erreurs et fautes thérapeutiques, par Schwartz.....	448
Exostose de l'apophyse mastoïde, par Florency.....	501
Extraction d'une tête d'épingle de la caisse du tympan, par F. Sancho.....	189
Fatigue et arrêt de l'accommodation auditive, par Gellé.....	112
Fistules de la cavité mastoïdienne, par Ch. A. Todd.....	372
Fonctions des canaux demi-circulaires de l'oreille interne, par Yves Delage.....	499
Formations anormales de la conque de l'oreille, par Rohrer.....	457
Fracture du manche du marteau, par Krakauer.....	464
Glandes sébacées, anormales, dans le voisinage immédiat du pavillon de l'oreille, par C. A. Todd.....	280
Granulome avec poils du conduit auditif, par Kuhn.....	119
Guide pour l'étude des maladies de l'oreille, par M' Bride, analyse de Chatellier.....	371
Hypersécrétion de cerumen durci et accumulé dans le conduit auditif, par E. Moresco.....	82
Indications bibliographiques.....	154, 198, 326 et 330
Infection tuberculeuse de l'oreille moyenne, par J. Habermann.....	78
Inflammation chronique de l'oreille moyenne, par H. Christopher.....	32
Inflammation chronique de l'attique du tympan, perforation de la membrane de Schrapnell, traitement par le bioxyde d'hydrogène, guérison, par C. H. Burnett.....	498
Inflammation purulente de l'oreille moyenne, par Sexton.....	495
La cocaïne dans les maladies de l'oreille, par A. G. Hobbs.....	409
Maladies du labyrinthe causées par la méningite cérébro-spinale, par Steinbrügge.....	449
Maladies et lésions de l'oreille, par W. R. Dalby, analyse de Politzer.....	28
Malformation de l'oreille, par Rolland.....	501
Manuel d'otologie, par V. Grazi, analyse de Joly.....	403
Membrane tympanique artificielle, emploi de la pellicule de l'œuf pour la myringoplastie, par E. Berthold.....	405
Nécrose du limaçon avec présentation d'une pièce, par Hartmann.....	459
Nettoyage et désinfection des instruments otologiques et rhinologiques, par Truckenbrod.....	449
Névralgie réflexe par corps étranger de l'oreille, par Robert.....	190
Nouveaux résultats obtenus par l'emploi du tragus-presse, par Hommel.....	455

	Pages.
Notice statistique sur l'appréciation diagnostique de l'expérience de Rinne, par Rohrer.....	463
Nouvel appareil pour l'examen de l'ouïe, par Lichtenberg.....	462
Nouvel otoscope, par Gellé.....	74
Observations cliniques d'otites spécifiques, par F. M. Wilson...	410
Otite hémorrhagique dans le mal de Bright, par Dewèvre.....	502
Otite moyenne catarrhale, sèche, bilatérale, par G. Soughi.....	80
Otite moyenne consécutive à l'irrigation nasale, par Percepiéd..	502
Otite moyenne consécutive au tamponnement des fosses nasales, par Gellé.....	486
Otite moyenne purulente, tuberculeuse, par R. Ariza.....	316
Otite moyenne suppurée. Polype du conduit. Carie du rocher, éruptions d'herpès dans le conduit et sur le pavillon, par H. Chatellier.....	249
Otite purulente puerpérale. Phlébite du sinus. Mort, autopsie, par Terrier et Bonnet.....	337
Ostéome éburné de l'oreille moyenne, par Sune y Molist.....	41
Panotite scarlatineuse, par O. Wolff	38
Perforation de l'apophyse mastoïde, manuel opératoire et soins consécutifs, par A. H. Buck.....	496
Plaies des deux oreilles par balles de revolver. Extraction des projectiles. Troubles oculaires et intellectuels consécutifs, par Terrier et Rollin.....	481
Préparations de l'os temporal, par Schwabach.....	461
Présentation de photographies stéréoscopiques, par Trautmann..	453
Présentation d'instruments, par Guye.....	189
Présentation d'un acoumètre, par Gellé.....	180
Proposition d'examen de l'ouïe des employés de chemins de fer, par Schmalz.....	454
Rapports de la corde du tympan avec la perception du goût, sur les deux tiers antérieurs de la langue, par E. Schultze.....	78
Recherches acoustiques physiologiques avec démonstration, par Dennert.....	400
Sarcome à cellules arrondies dans l'oreille, par J. Orne Green.	278
Scotome auditif gauche, par G. Soughi....	80
Section otologique du 59 ^e congrès des naturalistes allemands, analyse de Jacobson.....	423
Société américaine d'otologie, analyse de Chatellier.....	495
Société française d'otologie et de laryngologie, analyse de Gouguenheim.....	181
Société française d'otologie et de laryngologie, analyse de Chatellier.....	424
Traitement de la suppuration de la caisse, par Miot.....	269
Traitement de l'obstruction des trompes d'Eustache, par E. J. Mours.....	485

TABLE DES MATIÈRES.

537

Pages.

Traitement mécanique de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe, par A. Hommel.....	281
Trépanation de l'apophyse mastoïde, mort par intoxication iodoformique, par Kuhn.....	119
Un système de cellules mastoïdiennes bien développées offre-t-il une garantie contre la rupture du tympan, dans les changements soudains de pression atmosphérique? par Eyssell.....	452
Ulcération de la membrane tympanique d'origine tuberculeuse, par A. H. Buck.....	495
Vertige de Ménière d'origine tabétique, par Charcot.....	148

Larynx et trachée.

Abscès de la trachée, par Rosenfeld.....	493
Absence congénitale de l'épiglotte, par F. Donaldson.....	369
Acide lactique comme moyen curatif des ulcérations tuberculeuses du larynx, par Hering.....	249
Adénopathie trachéo-bronchique dans la tuberculose, accès de suffocation, trachéotomie, par Peter.....	506
Altérations de la voix à la période présumable de la tuberculose pulmonaire, par Bassols Prim, analyse Lermoyez.....	465
Anévrysme de la crosse de l'aorte, accès de suffocation, trachéotomie, mort, perforation de la trachée, par Monnier.....	507
Anatomie du larynx, par J. Leidey.....	367
Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée pendant la trachéotomie, par A. Robin.....	77
Anomalie d'insertion thyroïdienne de la corde vocale droite, par Moura.....	487
Aphonie d'origine nasale, par Brébion.....	143
Aphonie et dyspnée spasmodiques, par S. Michael.....	296
Association laryngologique américaine, analyse de Chatellier...	299
Asynergie vocale de la période de la mue, par N. Simanowski..	86
Cancer du larynx, par Ariza.....	317
Cas grave de diphthérie, par Schrotter.....	489
Centre cortical du larynx et lésions cérébrales en rapport avec les paralysies du larynx, par J. Garé.....	184
Corps étrangers du larynx, par Aysaguer.....	69
Corps étrangers dans les voies aériennes, par E. Etienne.....	74
Corps étrangers des voies aériennes, extraction, par Blanc.....	144
Croup, trachéotomie, extraction d'une très grande fausse membrane, par Ramon de la Sota.....	144
Curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx, par T. Hering.	184
Curabilité des affections tuberculeuses du larynx, par T. Hering.	490
Des laryngites, par Grancher.....	143
Echondroses et exostoses du larynx, par H. Bertoye.....	125

	Pages.
Érysipèle du larynx, par Massei.....	526
Étiologie pathologique du pseudo-croup, par W. Moldenhauer.....	421
Études de laryngologie, par R. Ariza.....	322
Étude expérimentale sur la phonation, par Lermoyez.....	174
Étude expérimentale sur les fonctions du récurrent, par F. Donaldson.....	368
Extirpation du larynx, par L. Labbé.....	508
Fistules externes de la trachée et du larynx, traitées par des opérations plastiques, par Ranke.....	85
Fractures du larynx et de l'os hyoïde, par A. Lane.....	190
Forme rare de l'œdème du larynx, par Strubing.....	489
Gomme du larynx, thyroïdectomie, dilatation spontanée de l'or- gane, par E. Holden.....	371
Image du larynx pendant le chant, par la photographie, par T.-R. French.....	370
Indications bibliographiques.....	157, 202, 325 et 329
De l'influence du laryngoscope sur le diagnostic des affections extralaryngiennes, par P. Koch.....	395
Injections intratrachéales, par Pernice.....	115
Injections trachéales d'acéto-phénone chez les animaux, par Grasset.....	146
Langage articulé et diverses formes d'aphasie, par G. Ballet...	508
Laryngite hypertrophique bénigne, par R. Ariza.....	320
Laryngite aiguë suppurée, trachéotomie, mort, par Florand...	503
Laryngite infectieuse, par H. Barth.....	146
Laryngite syphilitique œdémateuse, mort, par F. Royero.....	191
Laryngite syphilitique tertiaire, par R. Ariza.....	318
Laryngotomie intercricothyroïdienne, par Richelot.....	503
Les positions des cordes vocales paralysées, par H. Hooper....	209
Les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affec- tées les premières? par J. Charazac.....	236
Localisation de la sensibilité dans les organes trachéiens, par Schadowaldt.....	494
Maladies du larynx, par Gottstein.....	373
Médiastinite consécutive à la trachéotomie, par Renou.....	505
Membrane interglottique, par Coupard.....	507
Menthol dans les affections du larynx, par Rosenberg.....	492
Musée d'anatomie pathologique des affections laryngiennes de l'Hôtel-Dieu de Paris, par Moura.....	185
Mutisme hystérique, par Cartaz.....	505
Nouveaux médicaments pour le traitement des voies aériennes supérieures, par J.-N. Mackenzie et S. Solis-Cohen.....	369
Nouvelle méthode pour l'extirpation des tumeurs sous-glottiques du larynx, par W.-C. Jarvis.....	370
Observations de thyrotomie, retour de la voix, par Clinton Wagner.....	370

TABLE DES MATIÈRES.

539

	Pages.
Nerf moyen du larynx d'un lapin, par Exner.....	488
Observations d'œdème laryngien, par A. de Blois.....	371
Papillome laryngien sous-glottique, par J. Roquer Casadesus..	321
Paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, par J. Solis-Cohen.....	368
Paralysie des dilatateurs et nullement contracture des adducteurs, par F. Semon.....	488
Paralysie des dilatateurs, trachéotomie, mort et autopsie, par Gouguenheim.....	347
Paralysie laryngée d'origine centrale, par Cartaz.....	144
Périchondrite laryngienne, par Knight.....	371
Physiologie de la voix et du chant, par Gouguenheim et Lermoyez (analyse de Castex).....	1
Prolapsus des ventricules laryngiens, par J.-W. Mayor.....	370
Quelques réflexions à propos de la paralysie des dilatateurs de la glotte, par Gouguenheim.....	1
Rétrécissements de la trachée par les goîtres, par Muller.....	193
Rétrécissement syphilitique de la trachée et de la bronche droite, par Gouguenheim.....	65
Rétrécissement syphilitique de la trachée et des bronches, par J. Bezançon.....	506
Résultats fournis par la trachéotomie dans la diphthérie, par Ranke.....	190
Rôle physiologique du muscle aryténoïdien, par Moura.....	485
Section de laryngologie du 59 ^e Congrès des naturalistes allemands (analysée par Lublinsky).....	487
Société française de laryngologie et d'otologie (analyse de Gouguenheim).....	181
Société française de laryngologie et d'otologie (analyse de Chatellier).....	485
Syphilis du larynx chez les enfants, par Schœtz.....	84
Syphilis compliquée de tuberculose, par Schnitzler.....	494
Thérapeutique de la phthisie laryngée, par M. Schmidt.....	491
Toux nerveuse et asthme traités par les injections hypodermiques de cocaïne salicylée, par O. Beschorner.....	87
Trachéotomie datant de plusieurs mois. Difficulté de retirer la canule. Guérison, par Golding Bird.....	116
Trachéotomie chez les femmes enceintes tuberculeuses, par Betz.....	492
Trachéocèle chez un enfant de quatre ans, par Heymann.....	494
Traitement de la tuberculose laryngienne par l'acide lactique, par H. Krause.....	84
Traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'acide lactique, par T. Hering.....	186
Traitement du croup par le calomel à haute dose, par R. Figueras.....	192
Traitement chirurgical de la phthisie laryngée, par T. Hering.....	400

	Pages.
Trois cas de compression du nerf récurrent avec fixité de la corde vocale dans la position phonatoire, par J. Solis-Cohen.	355
Tuberculose primitive du larynx, par C. Neidert.....	416
Tuberculose ulcéreuse laryngienne et son traitement, par F. Massei.....	185
Tuberculose laryngienne polypeuse et végétante, par R. Ariza...	320
Vertige laryngé, par Knight.....	369

Nez.

Association rhinologique américaine, 3 ^e Congrès.....	30
Bacille du rhinosclérome, par Payne.....	193
Catarrhe des arrière-fosses nasales, par Tornwaldt.....	494
Cocaine dans l'extirpation des polypes du nez et la sédation des douleurs de l'amygdalite aiguë, par J. Bæckel.....	510
Conjonctivite chronique causée par les affections de la muqueuse nasale, par N.-R. Gordon.....	34
Coryza vaso-moteur périodique (Hay fever), par J.-N. Mackenzie.	47
Déformations du nez, envisagées au point de vue du catarrhe nasal, par J.-W. Robertson.....	419
Délire et folie consécutifs aux opérations pratiquées sur le nez, par Ziem.....	118
Des névroses réflexes déterminées par les affections nasales, par T. Hering.....	45 et 89
Enlèvement des corps étrangers des voies respiratoires supérieures, par T.-E. Rumbold.....	37
Extirpation du cornet inférieur du côté obstrué dans les déviations de la cloison, par J.-N. Mackenzie.....	117
Fibro-sarcome des fosses nasales, par E.-J. Moure.....	187
Hypertrophie des cornets, par Henderson.....	35
Indications bibliographiques.....	159, 205, 327 et 331
Inflammation spécifique du nez et de la gorge, par Knodé.....	34
L'asthme et les affections nasales, par W. Lublinski.....	306
Lithiase nasale, par Chiari.....	194
Manuel pratique des maladies des fosses nasales, par E.-J. Moure.	401
Moyen facile et rapide d'hémostase dans un cas d'épistaxis grave, par de Grandmaison.....	509
Nécrose du frontal consécutive à l'inflammation du sinus frontal, par S.-T. Armstrong.....	420
Névroses réflexes d'origine nasale, par Cartaz.....	141
Névroses réflexes d'origine nasale, par Baratoux.....	141
Névroses réflexes d'origine nasale, par T. Hering.....	45, 89 et 143
Névroses respiratoires d'origine nasale, par Beverley Robinson.	418
Note histologique sur deux tumeurs de l'extrémité pharyngienne des cornets inférieurs, par H. Chatellier.....	301

TABLE DES MATIÈRES.

541

Pages.

Note sur un cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, par H. Chatellier.....	344
Note sur l'origine du sinus maxillaire et de ses glandes, chez l'embryon, par G.-E. Laguerre.....	77
Nouvelle méthode pour enlever les corps étrangers des cavités nasales, par Bryson Delavan.....	419
Ostéome mort des fosses nasales et des sinus frontaux, par Tillemans.....	194
Polype fibro-muqueux des arrière-narines. Morcellement de la tumeur, extirpation sans opération préliminaire, examen histologique, par H. Chatellier.....	475
Polypes naso-pharyngiens, extirpation, mort, autopsie, par Heurtaux.....	142
Rapports entre les maladies des yeux et celles des cavités nasales, par Hendrix.....	34
Restauration des tissus malades, par Christopher.....	37
Rhinosclérome, par Cornil.....	138
Rhinosclérome, par Cornil et Alvarès.....	139
Rétrécissement des fosses nasales causé par l'étroitesse des mâchoires et la position anormale des dents, par Eyssell.....	462
Société rhinologique américaine.....	30 et 422
Toux nocturne d'origine nasale chez les enfants, par Gonzales Alvarez.....	194
Traitement de la fièvre des foins, par Beverley Robinson.....	106
Traitement de la fièvre des foins, par T.-E. Rumbold.....	36
Traitement de l'empyème de l'antre maxillaire par les voies naturelles, par Störck.....	489
Traitement des néoplasmes de la cavité naso-pharyngienne, par Carpenter.....	33
Traitement du catarrhe nasal aigu et chronique, par de Vilbiss.....	32
Traitement du coryza aigu, par S. Solis-Cohen.....	114
Traitement du catarrhe du sinus maxillaire, par Combes.....	507
Transformation des polypes muqueux en tumeurs malignes, par Bayer.....	493
Troubles de la voix articulée dans les affections de la cavité et des parois naso-pharyngiennes, par Lichtwitz.....	510
Tumeur néoplasique des fosses nasales, par Kirmisson.....	511
Un cas de spasme sternutatoire, par T. Bobone.....	468

Pharynx et varia.

Abcès rétropharyngien dans le cours d'une rougeole, par Descroizilles.....	148
Accidents causés par les calculs des amygdales, par Terrillon..	511

	Pages.
Accident causé par la cocaïne dans l'amygdalotomie, par Gouraud.	513
Accidents consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde, par Reverdin	520
Amygdalites infectieuses, par Dubousquet-Laborderie.....	515
Anomalies de l'amygdale, par Jurasz.....	422
25 ^e anniversaire du professorat de von Tröltsch	244
Communication sur quelques cas de goitre, par Bækel et Jøeger.	517
Cachexie strumipriva, par R. Grundle.....	196
Congrès international d'hydrologie, de Biarritz.....	42
9 ^e Congrès médical international, de Washington..	122
Conservation du sens de la température dans l'anesthésie co- caïque, par J.-N. Mackenzie.....	116
Considérations sur les spécialités, par Ariza.....	323
Considérations sur l'étiologie et le traitement de la diphthérie, par Delthil.....	15
Corps étrangers de l'œsophage, par A.-F. Gonzalès.....	193
De quelques accidents qui accompagnent les tumeurs adénoïdes du pharynx, par H. Chatellier.....	12
De l'angine de Ludwig chez les enfants, par E. Tordeus.....	196
Des hémorrhagies dans l'angine phlegmoneuse, par Moizard....	515
Diagnostic différentiel des angines diphthéritiques et des angines diphthéroïdes, par d'Espine.....	520
Dispositions et connexions du réseau lymphatique des amygdales, par G. Retterer.....	499
Du cathétérisme de l'œsophage, modification du cathéter, par Chassagny.....	522
De la bourse pharyngéenne de Luschka, par Schwabach.....	494
Empoisonnement par la cocaïne, par Spear.....	169
— — — par Kennicott.....	171
— — — par Bandy.....	172
— — — par Grosholz.....	173
— — — par Ziem.....	173
— — — par P. Tissier.....	173
Étude de la bourse pharyngée ou bourse de Luschka, au point de vue anatomique et pathologique, par P. Tissier.....	378 et 426
Extirpation du goitre, par Reverdin.....	517
Fonction de la glande thyroïde, par V. Horsley.....	500
Gommes et scléroses des lèvres, labialités tertiaires, par Tuffier.	521
Gomme de la base de la langue, par W. G. Hitchcock.....	371
Hémorrhagie dans le corps thyroïde, par Poisson.....	147
Hémorrhagie grave après l'amygdalotomie, guérison par la torsion de l'artère, par C. E. Wagner.....	370
Hémiatrophie de la langue, par Schiffers.....	186
Herpès de la gorge, par S. Solis-Cohen.....	114
Indications bibliographiques.....	160, 207, 328 et 331

TABLE DES MATIÈRES.

543

Pages.

Influence du catarrhe chronique du pharynx sur la voix chantée, par Ariza.....	525
Kystes et fistules d'origine branchiale, par Cusset.....	521
Kystes crico-thyroïdiens, par P. Blocq.....	519
Lymphadénome de l'amygdale, par A. E. Barker.....	197
Lypémanie consécutive aux affections de la bouche et du pharynx, par Rougier.....	186
Lupus de la gorge, par Ramon de la Sota.....	366
Large ablations de cancers de la bouche et du pharynx, par Polaillon.....	514
Nouveau signe des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par Grancher.....	165
Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses, par Bergeon et Morel.....	523
Ovarite amygdalienne, par Bougarel.....	516
Perforation du voile du palais, par Trélat.....	512
Polype fibro-muqueux de l'amygdale, par Masse.....	514
Procédés prophylactiques des affections catharrales, par Brown- Séguard.....	514
Signification morphologique des diverticules du pharynx, par Al- brecht.....	194
Société espagnole de laryngologie et d'otologie.....	161
Syphilis amygdalienne à forme diphthéroïde, par A. Robin.....	518
Thyroïdite aiguë rhumatismale, par Zouievitch.....	147
Traitement de la diphthérie, par la papayotine, par H. Kriege..	83
Traitement du goître kystique par la ponction et l'injection iodée, par Werner.....	199
Traitement de la diphthérie, par W. Daly.....	370
Trachéotomie dans les opérations de l'arrière-bouche, par Monod.	513
Tuberculose de la voûte palatine, par Hermantier.....	512
Tuberculose buccale, par Bryson Delavan.....	369
Tumeurs adénoïdes de la voûte pharyngienne, avec symptômes rares, par Harrison Allen.....	36
Tumeurs adénoïdes du pharynx, par Chatellier (analysé par Aysaguer).....	71
Un cas de rétrécissement de l'œsophage, par Bovet.....	518

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 62.1 87.

JUL 17 1916